

TYPISCHE PROKTOLOGISCHE ERKRANKUNGEN

von

Ilse Kerschensteiner

aus

Nürnberg

1980



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546209_0035

Aus der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik
der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Professor Dr. med. G. Hegemann

TYPISCHE PROKTOLOGISCHE ERKRANKUNGEN

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

vorgelegt
von
Ilse Kerschensteiner
aus
Nürnberg

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg



Dekan: Prof. Dr. W. Kersten
Referent: Priv.-Doz. Dr. W. Schellerer
Korreferent: Prof. Dr. G. Hegemann

Tag der mündlichen Prüfung: 23.06.1980

INHALTSANGABE

EINLEITUNG	Seite 1
UNTERSUCHUNGSGANG ZUR PROKTOLOGISCHEN BEFUNDERHEBUNG	
I ANAMNESE	2
II LAGERUNG DES PATIENTEN	3
1 Linksseitenlagerung nach SIMS	3
2 Steinschnittlage	4
III INSPEKTION	5
IV PALPATION	5
V PROKTOSKOPIE	5
VI REKTOSKOPIE	6
VII ZUSÄTZLICHE UNTERSUCHUNGEN	6
IIIX HILFSGERÄTE ZUR UNTERSUCHUNG	7
ANATOMISCHE GRUNDLAGEN	8
I ANALKANAL	8
II AMPULLA RECTI und	9
III REKTUM	9
IV SIGMA	9

GUTARTIGE ERKRANKUNGEN DES ANALKANALS UND DES PERIANALEN GEBIETES

I	HÄMORRHOIDEN	13
A	Pathogenese	13
B	Diagnose	16
C	Therapie	16
1	Konservative Therapie	16
2	Operative Therapie	17
D	Eigene Ergebnisse	17
1	Häufigkeit der Hämorrhoiden	18
2	Geschlechtsverteilung	18
3	Aufgliederung in Altersgruppen	18
4	Einteilung nach Graden der Hämorrhoiden	20
5	Korrelation von Grad und Alter	23
6	Symptome und Beschwerden	27
7	Gleichzeitig aufgetretene proktologische Erkrankungen	29
8	Therapie der Hämorrhoiden	30
9	Behandlungserfolge	31
E	Kasuistik	33
1	Hämorrhoiden Grad I	33
2	Hämorrhoiden Grad II	34
3	Hämorrhoiden Grad II bei erstmaliger Sklerosierung	35
4	Hämorrhoiden Grad III	36

II	PERIANALE THROMBOSE	
	THROMBOPHLEBITIS CIRCUMANALIS ACUTA	
A	Allgemeines	37
B	Eigene Ergebnisse	37
1	Häufigkeit der perianalen Thrombose	37
2	Zusammenhang von Hämorrhoiden und perianaler Thrombose	38
3	Symptome und Beschwerden	38
4	Therapie	39
C	Kasuistik	40
1	Akute perianale Thrombose	40
2	Spontan perforierte perianale Thrombose	41
3	Marisque	43
III	ANALFISSUR	43
A	Definition	43
1	Akute Analfissur	43
2	Chronische Analfissur	43
B	Pathogenese	43
C	Diagnose	43
D	Therapie	45
1	Konservative Therapie	46
2	Operative Therapie	46
E	Eigene Ergebnisse	47
1	Häufigkeit der Analfissur	47
2	Geschlechtsverteilung	47

3	Altersverteilung	48
4	Symptome und Beschwerden	50
5	Gleichzeitig aufgetretene prokto- logische Erkrankungen	52
6	Therapie der Analfissur	54
7	Behandlungserfolge bei Analfissuren	55
F	Kasuistik	56
1	Akute Analfissur	56
2	Chronische Analfissur	57
IV	HYPERTROPHE PAPILLE	59
A	Ätiologie und Pathogenese	59
B	Diagnose	59
C	Symptome und Beschwerden	59
D	Kasuistik	60
V	PERIPROKTALER ABSZESS UND PERIANALES FISTELLEIDEN	61
A	Pathogenese	61
B	Abszesse und Fisteln anderer Genese	62
1	Abszesse anderer Genese	62
2	Fisteln anderer Genese	63
C	Einteilung der Abszesse und Fisteln	63
1	Einteilung der Abszesse	63
2	Einteilung der Fisteln	66
3	Verlauf der Fisteln	68
4	Lokalisation der inneren Öffnung	69

B	Symptome und Beschwerden	69
1	Abszesse	69
2	Fisteln	71
C	Diagnose	72
1	Diagnose des peripröktalen Abszesses	72
2	Diagnose der perianalen Fistel	72
D	Therapie	73
1	Abszesse	73
2	Fisteln	74
E	Eigene Ergebnisse	74
1	Häufigkeit peripröktaler Abszesse	75
2	Geschlechts- und Altersverteilung	75
3	Häufigkeit perianaler Fisteln	75
4	Geschlechtsverteilung	76
5	Altersverteilung perianaler Fisteln	76
6	Symptome und Beschwerden	77
7	Gleichzeitig aufgetretene prokto- logische Erkrankungen	79
F	Kasuistik	79
1	Intersphinkteräre Fistel	79
2	Transsphinkteräre Fistel	81
3	Zustand nach Fistelexzision	82

VI	SINUS PILONIDALIS	
	A Allgemeines	83
	1 Lokalisation	83
	2 Ätiologie und Pathogenese	83
	3 Häufigkeit	84
	B Kasuistik	84
VII	PERIANALES EKZEM	86
	A Allgemeines	86
	1 Pathogenese	86
	2 Diagnose	87
	3 Therapie	87
	B Eigene Ergebnisse	88
	1 Häufigkeit des perianalen Ekzems	88
	2 Symptome und Beschwerden	89
	C Kasuistik	90
	1 Akutes perianales Ekzem	90
	2 Chronisches perianales Ekzem	91
IIIX	CONDYLOMATA ACCUMINATA	92
	A Ätiologie und Pathogenese	92
	B Diagnose	92
	C Symptome	93
	D Therapie	93
	E Kasuistik	93
IX	MELANOSIS COLI	95
	A Pathogenese	95
	B Kasuistik	95

X	PROCTOCOLITIS	97
	A Mögliche Ursachen	97
	B Idiopathische Form	97
	1 Häufigkeit	97
	2 Symptome	97
	3 Diagnose	98
	4 Therapie	98
	C Kasuistik	98
XI	PROLAPS	100
	A Pathogenese	100
	1 Prolaps des Rektums	100
	2 Prolaps der Analschleimhaut	100
	3 Ektropie von Rektumschleimhaut	101
	B Diagnose	101
	C Häufigkeit der Symptome	101
	D Therapie	102
	E Kasuistik	102
	1 Vorderwandprolaps	102
	2 Rektumprolaps	103
	3 Ulcus simplex recti	104
	4 Mukosaprolaps	105
	5 Schleimhautektropie	106

MALIGNOME DES ANALGEBIETES UND DES REKTUMS	107
I ANALKARZINOM	107
A Allgemeines	107
B Einteilung der Analkarzinome	107
C Klinik der Plattenepithelkarzinome	108
D Kasuistik	109
II KARZINOME	111
Allgemeines	111
B Klinik	111
1 Symptome	111
2 Diagnose	112
C Kasuistik	113
ZUSAMMENFASSUNG	116
LITERATURANGABEN	118

EINLEITUNG

Obwohl fast jeder Über-40-jährige im Laufe seines weiteren Lebens irgendwann an einer proktologischen Erkrankung leiden wird, und somit der Proktologie eine große Bedeutung zukommt, gibt es nur sehr wenige proktologisch ausgebildete Ärzte. Dieser Mangel an Proktologen, zu deren Aufgabe unter anderem die Krebsvorsorge und Krebsfrüherkennung gehört, dürfte mit ein Grund dafür sein, daß das Rektumkarzinom, welches in den zivilisierten Ländern im Zunehmen begriffen ist, noch immer eine mittlere Verschleppungszeit von 7 Monaten hat (13). Andererseits sind doch die meisten Erkrankungen des Enddarmes gutartig; sie konzentrieren sich auf wenige typische Krankheitsbilder.

In der vorliegenden Arbeit wird versucht, an Hand des Krankengutes der Proktologischen Ambulanz der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen die typischen Erkrankungen des Enddarms in Wort und Bild kurz darzustellen.

UNTERSUCHUNGSGANG ZUR PROKTOLOGISCHEN BEFUNDER-
HEBUNG

I ANAMNESE

Eine sorgfältig erhobene, gezielte Anamnese erlaubt aufgrund typischer Symptome vielfach bereits eine Verdachtsdiagnose (26).

Von Wichtigkeit sind Fragen nach

Blutungen

bezüglich Häufigkeit, Farbe (hellrot, dunkel), Menge, ob dem Stuhl aufgelagert oder beige-mischt (22)

Schmerzen

bezüglich Lokalisation, Intensität, Zusammenhang mit der Defäkation (unterbrochen, intermittierend, post defaecationem) (22, 26)

Stuhlgang

Das Augenmerk richtet sich hier auf Kontinenz, Farbe, Beimengungen, Frequenz, Konsistenz und Änderung der Stuhlgewohnheiten (22, 26)

Reizzustände

Gewichtsverlust.

II LAGERUNG DES PATIENTEN

Der Zugang zum Rektum kann auf verschiedene Arten erfolgen (22).

1 Linksseitenlagerung nach SIMS

Für diese Methode sprechen:

sie ist überall durchführbar - - -

sie stellt keine Belastung für den Patienten dar - - -

die Baueingeweide drücken in dieser Stellung nicht von oben auf das Rektum - - -

Ein Nachteil ist allerdings die unbequeme Haltung für den Untersucher während der Untersuchung (22).

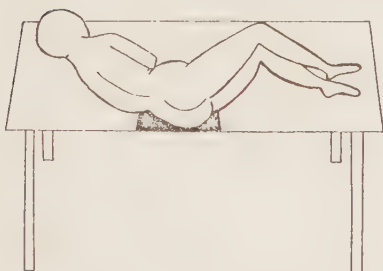


Abb. 1 Linksseitenlagerung nach SIMS (nach OTTO/EWE)

2 Steinschnittlage

Vorteile dieser Art der Lagerung sind:

der günstige Zugang - - -

die übersichtlicheren Verhältnisse - - -

die relativ bequeme Stellung für den

Untersucher - - -

Als weniger günstig muß der Druck der Baueingeweide von oben auf das Rektum beurteilt werden (22).

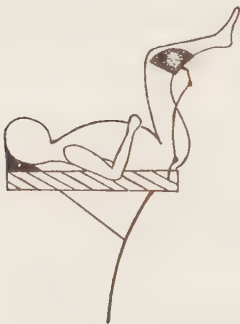


Abb. 2 Steinschnittlage (nach OTTO/EWE)

III INSPEKTION

Die Untersuchung des richtig gelagerten Patienten beginnt bei ausreichender Beleuchtung nach Spreizung der Nates mit der einfachen Inspektion des Analbereiches (27.)

IV PALPATION

Auf die Inspektion folgt die digitale Austastung. Narben, Infiltrate sowie Funktionsfähigkeit und Tonus des Sphinkters erfordern besondere Beachtung (22, 26).

Notwendige Hilfsmittel zur Palpation sind Handschuhe, Fingerlinge und Gleitmittel, bei Verdacht auf eine Fissur (Anamnese, Inspektion) gegebenenfalls Lokalanästhesie.

Durch Entlangstreichen des Fingers an der Rektumwand läßt sich Aufschluß gewinnen über die Verschieblichkeit eventueller Prozesse (22).

V PROKTOSKOPIE

Mit 8 - 10 cm langen Proktoskopen - entweder geschlos-

sen mit seitlichem Fenster oder vorne offen - lassen sich der Analkanal und die unteren Abschnitte des Rektums inspizieren (26). Die Proktoskopie schließt sich an die Palpation an (6).

VI REKTOSKOPIE

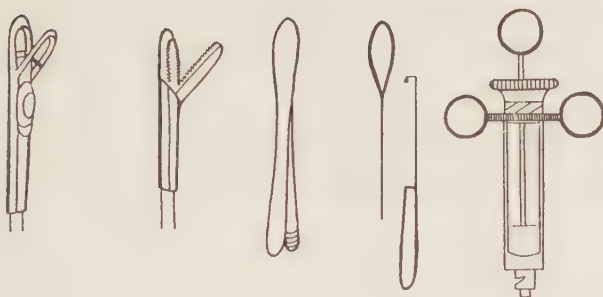
Abschließend steht die Rektoskopie. Nach Einführen des Rektoskops wird durch Insufflation von Luft das Darmlumen entfaltet (22, 26).

Durch die Rektoskopie werden das Rektum, eventuell die distalen Anteile des Sigmas beurteilbar. Die maximal zu erreichende Höhe beträgt 30 cm.

VII ZUSÄTZLICHE UNTERSUCHUNGEN

Bei verbleibenden Unklarheiten empfiehlt sich ein Kolonkontrasteinlauf, eine Magen-Darm-Passage oder gegebenenfalls eine Koloskopie (26).

IIX HILFSGERÄTE ZUR UNTERSUCHUNG



Biopsiezange Faßzange Pinzette Sonden Tropfspritze
nach GABRIEL

Abb. 3 Hilfsgeräte zur Untersuchung

ANATOMISCHE GRUNDLAGEN

Die Grundlagen des Verständnisses und damit einer Therapie mancher anorektalen Krankheiten liegt in der Kenntnis der natürlichen Anatomie des betroffenen Organsystems (28).

Abbildung 4 zeigt einen frontalen Längsschnitt durch Analkanal und Rektum.

I ANALKANAL

Der Analkanal ist ca. 5 cm lang. Er ist von heller Analhaut (Plattenepithel) ausgekleidet. Seine proximale Begrenzung bildet die Linea dentata, die den Übergang in das Rektum markiert (Photo 1). Sie ist gekennzeichnet durch 6 - 8 senkrecht stehende Falten (Morganische Falten), die in den Morganischen Papillen (Analpapillen) enden. Auf eine Papille folgt jeweils eine Krypte, in die der Ausführungsgang einer Proktodealdrüse mündet. In den Falten verläuft der Plexus haemorrhoidalis (Corpus cavernosus recti) (17).

II AMPULLA RECTI und

III REKTUM

Normaliter offenbart die glatte Schleimhaut ein feines Netzwerk kleiner Gefäße (Photo 2). Deren Füllungszustand kann, abhängig von verschiedensten Faktoren wie Irritation, Spasmus, Entzündung etc., stark wechseln. Eine vermehrte Füllung muß jedoch nicht in jedem Fall Entzündung bedeuten (22). Die Houstonschen Falten sind bei 7, 9, 11 cm sichtbar. Der Übergang vom Rektum ins Sigma liegt bei ca. 15 cm (17)

IV SIGMA

Der rektosigmoidale Übergang unterliegt starken individuellen Schwankungen (22) (Abb. 5).

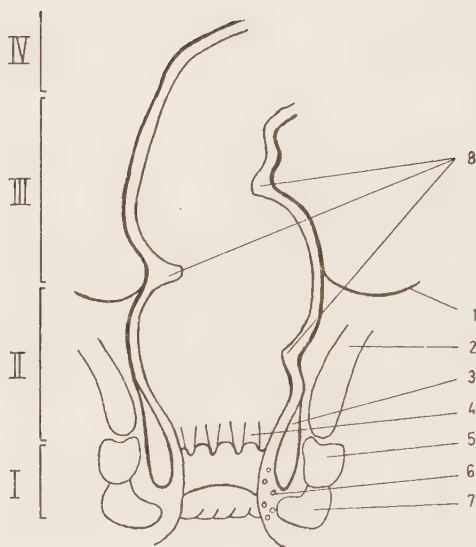


Abb. 4 Frontaler Längsschnitt durch Analkanal
und Rektum (nach NESSELROD)

I	Analkanal	1	Peritoneum
II	Ampulla recti	2	Musculus levator ani
III	Rektum	3	Musculus sphincter ani internus
IV	Sigma	4	Morganische Falte
		5	Musculus puborectalis
		6	Plexus haemorrhoidalis
		7	Musculus sphincter ani externus
		8	Plicae semilunares

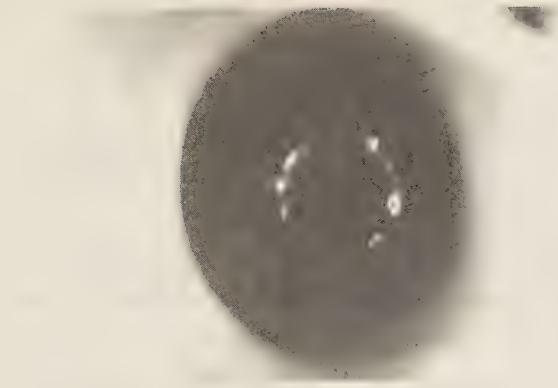


Photo 1 Blick in die Ampulla recti: Normalbefund

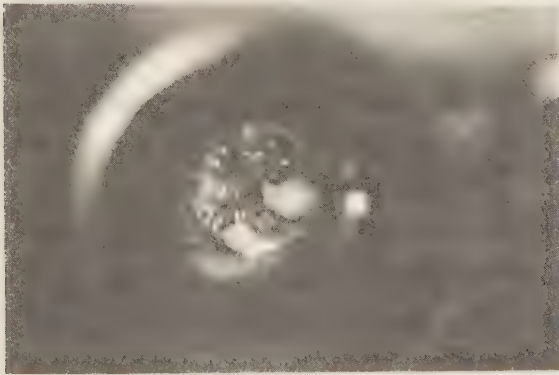


Photo 2 Linea dentata mit hypertropher Papille



normal

70 %



Variänten

30 % (26)

Abb. 5 Varianten des rektosigmoidalen Überganges
(nach OTTO/EWE)

25 % aller Rektoskopien sind nur bis zu einer Höhe von 25 cm durchführbar (26). Höher sitzende Prozesse können in diesem Fällen durch die Rektoskopie nicht erfaßt werden.

GUTARTIGE ERKRANKUNGEN DES ANALKANALS UND DES PERIANALEN GEBIETES

I HÄMORRHOIDEN

A Pathogenese

Zur Pathogenese der Hämorrhoiden bestehen im wesentlichen zwei Auffassungen. Beide gehen vom hämorrhoidalen Gefäßplexus als eigentlicher Ursache aus.

MILES (18), STELZNER und STAUBESAND (26) stellen mehr die arterielle Komponente in den Vordergrund. Der arteriell gespeiste anorektale Schwellkörper, corpus cavernosus recti, soll der Theorie zur Folge bei Hypertrophie der arteriovenösen Anastomosen für die Entstehung der Hämorrhoiden verantwortlich sein. Die Tatsache, daß hämorrhoidale Blutungen hellrot sind, es sich also um arterielles Blut handeln muß, würde in diese Richtung weisen. Andererseits ist bekannt, daß die Blutungen häufiger von oberflächlichen Gefäßen herrühren (26).

Die Vergrößerung der Hämorrhoidalknoten bei Bauch-

presse stützt mehr die Theorie von BLOND und HOFF (3), die die wesentliche Ursache in einer Abflußbehinderung der venösen Komponente, z. B. portale Hypertension, Herzfehler etc. (31) sehen.

Pathologisch-anatomisch läßt sich bei Hämorrhoiden eine massive Erweiterung der Venengeflechte nachweisen (26) (Abb. 6). Im System Vena cava - Vena portae stellen die hämorrhoidalen Gefäßplexus mit direkten klappenlosen Verbindungen das Gebiet des geringsten Widerstandes dar. Eine Störung des Systems im Sinne einer Abflußbehinderung führt zwangsläufig dort zu einer Blutansammlung (6, 31) (Abb. 7).



Abb. 6 Venöse Gefäßversorgung der Rektumschleimhaut
(nach TÖNDURY)

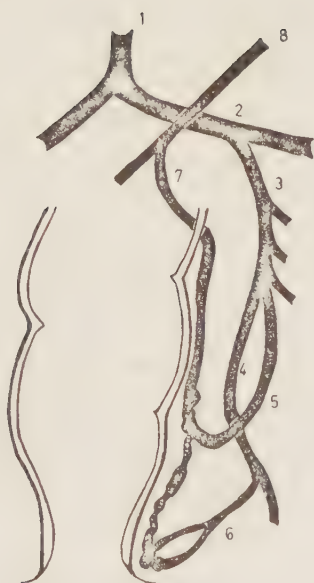


Abb. 7 Gefäßversorgung des Rektums (nach NETTER)

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 1 V. cava inf. | 5 V. rectalis med. |
| 2 V. iliaca comm. | 6 V. rectalis inf. |
| 3 V. iliaca int. | 7 V. rectalis sup. |
| 4 V. pudenda int. | 8 V. mesenterica inf. |

B Diagnose

Die Diagnose eines Hämorrhoidalleidens ergibt sich nur aus der gründlichen proktologischen Untersuchung (SCHWEIGER). Hämorrhoiden lassen sich nicht palpieren, außer sie sind mehrmals verödet worden (14).

C Therapie

1 Konservative Therapie

a Allgemeine Maßnahmen

Die am wenigsten eingreifende Maßnahme, die auch alle weiteren Methoden unterstützend begleiten sollte, ist das Ausschalten eventueller Noxen, wie starkes Pressen (6, 26) beim Stuhlgang sowie eine Stuhlregulierung durch schlackenreiche Kost (SCHWEIGER).

b Medikamentöse Therapie

Es werden unter anderem Salben und Zäpfchen auf Glucocorticoidbasis unter Zusatz eines Lokalanästhetikums verwandt (14, 25). Hierbei treten als Nebenwirkung gehäuft Ekzeme in Erscheinung (14).

c Injektionstherapie nach St. Mark's

Bei dieser Injektionstherapie, die in der proktologischen Ambulanz der Chirurgischen Universi-

tätsklinik Erlangen angewandt wird, wird oberhalb der Dentatalinie submukös ein Depot an phenol-ölhaltiger Sklerosierungslösung (Rp: Phen. Christ. 4.0 Ol. arachidis ad 80.0 aseptisch zubereitet) gesetzt. Die Injektion erfolgt genau in den hämorrhoidalen Knoten oder an dessen oberen Fußpol (17). Die Injektionslösung bewirkt eine lokalisierte Entzündung, die wiederum eine Verklebung der erweiterten Blutgefäße zur Folge hat (26). Der Erfolg der Injektionstherapie ist abhängig vom Grad der Hämorrhoiden.

2 Operative Therapie

Die gebräuchlichste Methode zur chirurgischen Therapie von Hämorrhoiden ist die Operation nach MILLIGAN-MORGAN (6).

D Eigene Ergebnisse

Herangezogen wurde das Patientengut der proktologischen Ambulanz der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen des Quartals vom 1. 10. 1974 - 30. 12. 1974. In diesem definierten Krankengut fanden sich 96 Patienten mit Hämorrhoiden. Dieses Patientenkollektiv wurde hinsichtlich auftretender Rezidive über 2 Jahre verfolgt. Zur

Ermittlung der Häufigkeit dagegen wurde das größere Patientenkollektiv des ersten Halbjahres 1976 zugrunde gelegt (n = 1550).

1 Häufigkeit der Hämorrhoiden in unserem Krankengut

Da ein Teil der Hämorrhoiden völlig symptomlos verläuft, somit nicht erfaßt wird, ist eine exakte Häufigkeitsangabe nicht möglich. Die Aufstellungen beziehen sich demnach ausschließlich auf Personen mit Beschwerden. Patienten mit Hämorrhoidalleiden stellen den weitaus größten Teil der Patienten der proktologischen Sprechstunde dar. Von den zur Ermittlung der Häufigkeit der Hämorrhoiden unter den proktologischen Erkrankungen herangezogenen 1550 Patienten litten 628 unter Hämorrhoiden; das entspricht einer Häufigkeit von 40 %.

2 Geschlechtsverteilung in unserem Krankengut

Bei der Unterscheidung nach männlichen und weiblichen Patienten mit Hämorrhoiden ließ sich keine Gleichverteilung feststellen. Das männliche Geschlecht machte annähernd zwei Drittel aus, genau 62,5 %; Frauen stellten 37,5 %

3 Aufgliederung des Kollektivs in Altersgruppen zu je 10 Jahren

Die Aufschlüsselung der Hämorrhoidalpatienten nach

Altersgruppen zu jeweils 10 Jahren mit gleichzeitiger Berücksichtigung der Geschlechtsangehörigkeit führte zu folgendem Ergebnis:

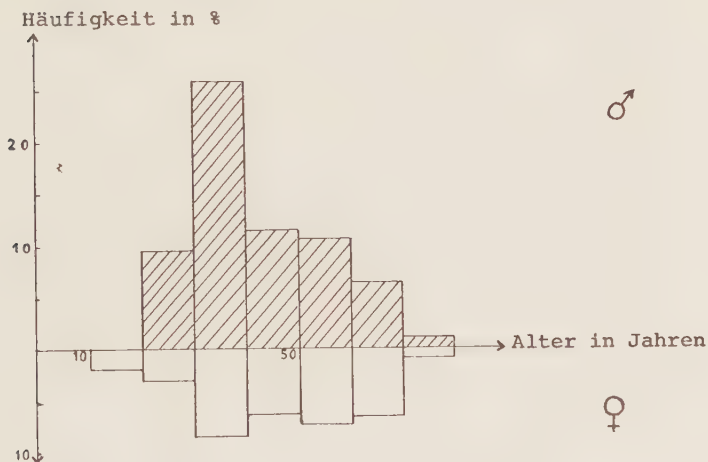


Abb. 8 Altersverteilung der Hämorrhoiden in unserem Krankengut (siehe Tab. 1).

Die Relation männlich:weiblich war nicht in allen Altersgruppen konstant. In den Gruppen der 21 - 30-

jährigen bzw. der 31 - 40-jährigen betrug das Verhältnis 3 : 1, bei den 41 - 50-jährigen nur noch 2 : 1 und ab 51 Jahren dann 1 : 1. Mit steigendem Alter ergab sich also eine zunehmende Angleichung. Auffallend war das fehlende Auftreten bei Kindern und das geringe Vorkommen bei Jugendlichen.

4 Einteilung unseres Patientenkollektivs nach Graden der Hämorrhoiden

Die gebräuchlichste Einteilung der Hämorrhoiden ist die nach Graden. Man orientiert sich dabei an der Ausprägung der Hämorrhoiden bzw. deren Aspekt bei der Proktoskopie. Eine Einteilung in 3 Hauptgrade und zwei Zwischenstufen ist möglich (SCHWEIGER)

Grad I Bei der Proktoskopie ist kein Prolabieren der hämorrhoidalen Knoten ins Proktoskop zu beobachten, obwohl eine Vergrößerung vorliegt

Grad II Die hämorrhoidalen Knoten prolabieren bei der Proktoskopie ins Proktoskop

Grad III Die hämorrhoidalen Knoten prolabieren unabhängig von der Proktoskopie durch den Anus nach außen.

Die Häufigkeit im betrachteten Krankengut geben

Abbildung 9 und Tabelle 1 wieder.



Abb. 9 Gliederung des Patientenkollektivs nach
Graden der Hämorrhoiden

-  männliche Patienten
 weibliche Patienten

Alter	Grad I	Grad I - II	Grad II	Grad II - III	Grad III	
11 - 20	1 (1,05)		1 (1,05)			♂
	4 (4,22)		2 (2,10)	2 (2,10)	2. (2,10)	♀
21 - 30	1 (1,05)	1 (1,05)	1 (1,05)			♀
	2 (2,10)	3 (3,16)	7 (7,30)	8 (8,3)	5 (5,20)	♂
31 - 40	1 (1,05)	2 (2,10)	3 (3,12)	2 (2,10)		♀
	1 (1,05)	1 (1,05)	7 (7,30)	2 (2,10)		♂
41 - 50	1 (1,05)	1 (1,05)	2 (2,10)	1 (1,05)		♀
	2 (2,10)	6 (6,3)		1 (1,05)		♂
51 - 60	1 (1,05)	1 (1,05)	3 (3,12)		1 (1,05)	♀
	1 (1,05)	1 (1,05)	4 (4,21)	1 (1,05)		♂
61 - 70	1 (1,05)	1 (1,05)	1 (1,05)			♀
	1 (1,05)	1 (1,05)	1 (1,05)			♂
70	1 (1,05)	1 (1,05)	1 (1,05)			♀
	1 (1,05)	1 (1,05)	1 (1,05)			♂
ges.	7 (7,3)	7 (7,3)	26 (27,1)	2 (12,5)	9 (9,37)	♂
	6 (6,3)	5 (5,21)	14 (14,58)	8 (8,33)	3 (3,12)	♀

Tab. 1 Absolute und relative Häufigkeiten der Grade, Altersstufen und Geschlechter bei Patienten mit Hämorrhoiden in unserem Krankengut.

5 Korrelation von Grad und Alter bei Hämorrhoiden
in unserem Krankengut

Eine Verteilung der Grade auf die unterschiedlichen Altersstufen ergab beim männlichen Geschlecht einen eindeutigen Gipfel für Grad II - III in der Gruppe der 31 - 40-jährigen. Grad II war am häufigsten in den Gruppen der 21 - 50-jährigen. Bei den Frauen lagen die Verhältnisse etwas anders. Mit zunehmendem Alter zeigte sich hier ein ständig ansteigendes Auftreten an Grad II - III. Grad II wurde am häufigsten in den Gruppen der 31 - 40-jährigen und 51 - 60-jährigen beobachtet. Die entsprechende Kurve der Abbildung 11 verläuft zweigipfelig. Die genauen Verteilungen geben Tabelle 2, Abbildung 10 und Abbildung 11 wieder. Die Häufigkeiten sind nicht bezogen auf das gesamte Kollektiv der Hämorrhoidenpatienten, sondern auf das jeweilige Geschlecht.

	10 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - 70	>70	
I		6,6	1,6	1,6	3,2	1,6		♂
	2,7	2,7	2,7					♀
I - II			5,0	1,6	3,3	1,6		♂
		2,7	6,6	2,7		2,7		♀
II		3,3	11,6	11,6	10,0	5,0	1,6	♂
	2,7	2,7	10,0	6,6	20,0		2,7	♀
II - III		1,6	13,3	3,3				♂
			6,6	6,6		13,3		♀
III		3,3	8,3		1,6	1,6		♂
				2,7	2,7	2,7		♀

Tab. 2 Geschlechtsbezogene Häufigkeit der Grade in den verschiedenen Altersgruppen

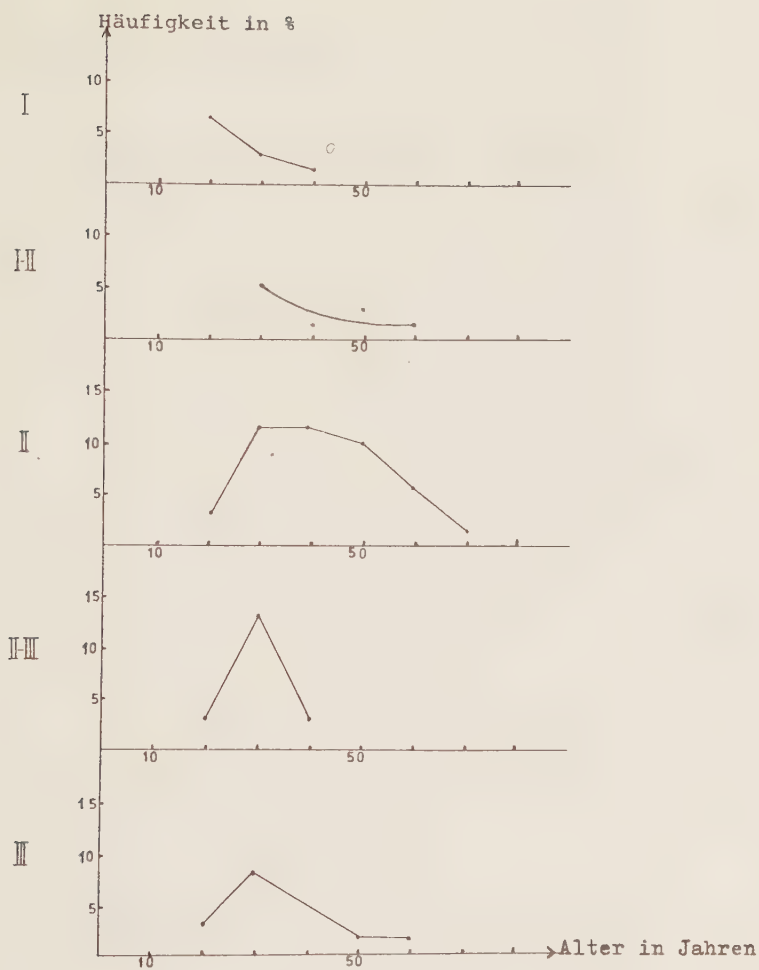


Abb. 10 Zusammenhang von Grad und Alter bei Männern

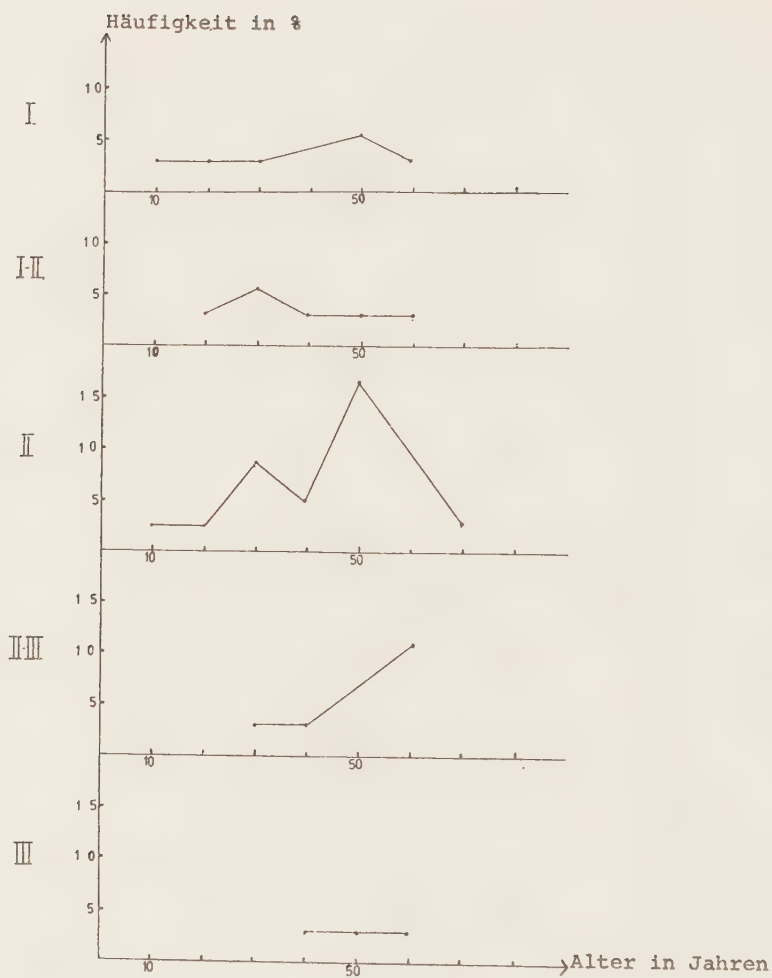


Abb. 11 Zusammenhang von Grad und Alter bei Frauen

6 Symptome und Beschwerden in unserem Patienten- gut

Die Patienten klagten vor allem über Blutungen, deren Stärke von einer dem Stuhl aufgelagerten Blutspur bis zur arteriell spritzenden Blutung variierte, über bevorzugt nächtlich auftretendem Juckreiz, Brennen und Tenesmen.

Blut in dem betrachteten Krankengut gaben
- - - 85 % - - - hellrote Blutungen an.
Mit zunehmendem Grad der Hämorrhoiden nahm die Blutungsneigung ab.

Jucken Juckreiz trat überwiegend direkt post defaecationem oder nachts auf.

Tenesmen Tenesmen wurden besonders von Patienten mit stärker ausgeprägten Hämorrhoiden angegeben.

Die einzelnen Symptome traten in unterschiedlichen Häufigkeiten bei den verschiedenen Graden auf.

Mit zunehmendem Grad sank die Blutungsneigung sowie auch der Juckreiz, während die Häufigkeit der Schmerzangaben stieg. Die Angabe des Nässens und Brennens blieb durch alle Grade im wesentlichen konstant.

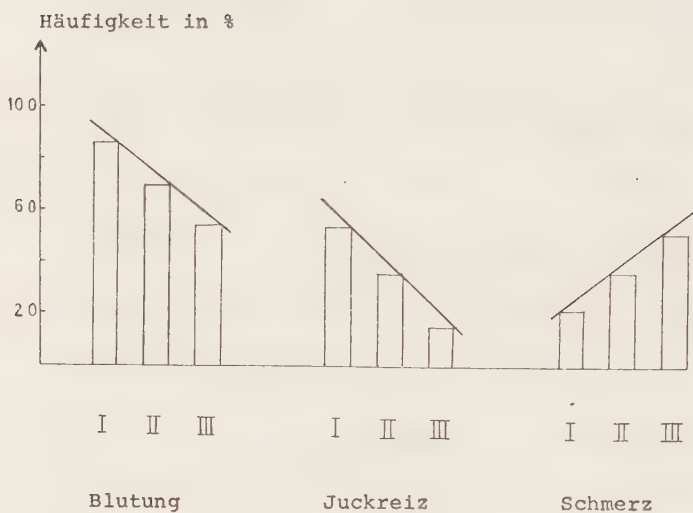


Abb. 12 Beschwerden beim Hämorrhoidalleiden im Verhältnis zum Ausbildungsgrad der Hämorrhoiden

7 Gleichzeitig aufgetretene proktologische Erkrankungen

Zusammen mit Hämorrhoiden konnten bei einer Reihe von Patienten weitere proktologische Krankheiten diagnostiziert werden. Auffällig war vor allem das gehäufte gemeinsame Auftreten von Fissuren, Marisquen oder Ekzemen mit Hämorrhoiden. Genaue Angaben enthält Tabelle 3.

	I	I-II	II	II-III	III	total
Proktitis	4,1	2,0	1,05	1,05		8,2
Ekzem	1,0		6,4	2,0	1,05	10,4
perianale Thromb.			2,0		4,1	6,1
Marisque	1,0	2,0	5,3	2,0	2,0	12,3
Fibrom		1,0	3,2	1,0		5,2
Fissur		4,1	10,6	6,4	1,0	22,1

Tab. 3 Prozentuale Häufigkeiten gleichzeitig aufgetretener proktologischer Erkrankungen. Bezugsgröße ist die Gesamtheit der Hämorrhoidenpatienten.

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß die mit Abstand häufigste Zweiterkrankung die Analfissur war. Proktitis trat bei geringeren Graden häufiger auf als bei stärkeren Ausprägungen - perianale Thrombosen verhielten sich genau umgekehrt. Ekzeme, Marisquen, Fibrome und Analfissuren besaßen ihr Maximum des Auftretens jeweils bei Grad II.

8 Therapie der Hämorrhoiden in unserem Patientenkollektiv

Die einzelnen Behandlungsmethoden wurden mit verschiedenen Häufigkeiten bei unseren Patienten angewandt. Die genauen Anteile der Methoden sind in Abbildung 13 ersichtlich.

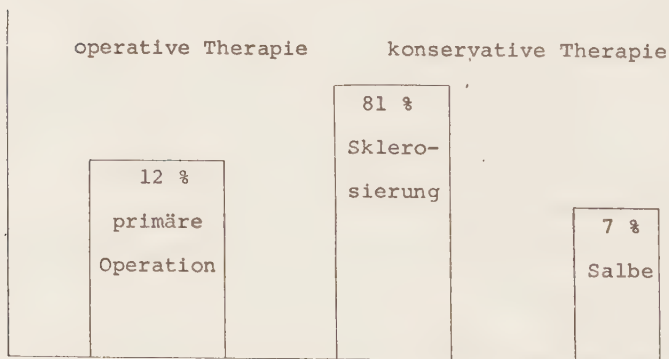


Abb. 13 Anteile der Behandlungsmethode bei Hämorrhoiden in unserem Patientengut.

9 Behandlungserfolge

a Rezidive nach chirurgischer bzw. konservativer Therapie

Nach operativer Entfernung der Hämorrhoiden ist in unserem Krankengut kein Fall eines Rezidivs bekannt geworden.

Nach einer Sklerosierungstherapie waren in 28 % der Fälle Rezidive aufgetreten.

chirurgische Behandlung	konservative Behandlung
KEIN REZIDIV	28 % Rezidive

Abb. 14 Erfolge der verschiedenen Behandlungsmethoden

b Anteile der verschiedenen Grade an den Rezidiven nach Injektionsbehandlung

Um den Erfolg der Sklerosierungstherapie bei den einzelnen Graden beurteilen zu können, wurde eine Aufgliederung nach Rezidiven bei Injektion/Grad vorgenommen. Häufigkeit in %.



Abb. 15 Rezidive nach Sklerosierungstherapie bei den einzelnen Graden

Der Erfolg der Injektionsbehandlung war bei den Graden I, I - II und II etwa gleich groß. Rezidive traten in jeweils 16 - 18 % der Fälle auf. Bei Hämorrhoiden II - III wurde nach Sklerosierung annähernd in jedem zweiten Fall ein Rezidiv bekannt. Am wenigsten geeignet erscheint eine Sklerosierung zur Behandlung von Hämorrhoiden Grad III. Fünf von sechs so behandelten Patienten wiesen Rezidive auf. Bei vieren davon wurde im Anschluß eine Hämorrhoidektomie durchgeführt.

E Kasuistik

1 Hämorrhoiden Grad I

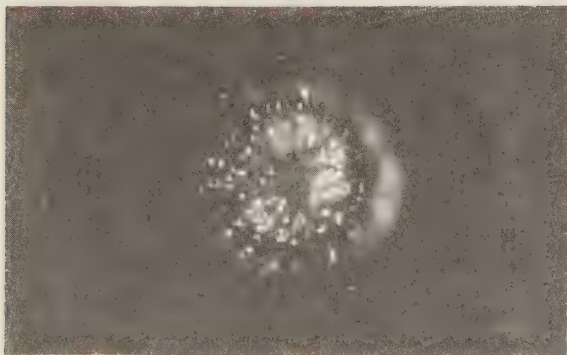


Photo 3 Hämorrhoiden Grad I

Bei einem 28 Jahre alten Patienten waren in den vergangenen Wochen wiederholt geringe Blutungen beim Stuhlgang aufgetreten. Es handelte sich um Spuren hellroten Blutes, welche dem Stuhl aufgelagert waren. Er klagte über Juckreiz post defaecationem und gelegentliches Nässen am After. Bei der Palpation, Prokto- und Rektoskopie sowie beim Kolonkontrasteinlauf ergab sich kein auffälliger Befund. Nach zweimaliger Sklerosierung der Hämorrhoiden konnte die Behandlung beendet werden. Der Patient ist seither beschwerdefrei.

2 Hämorrhoiden Grad II

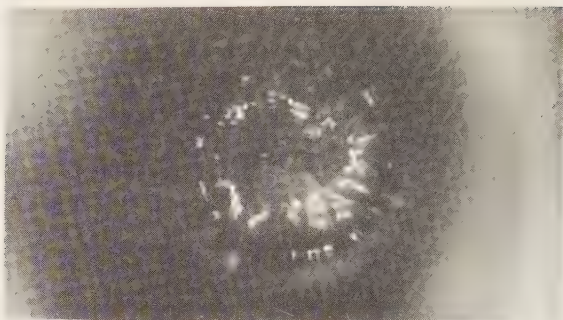


Photo 4 Hämorrhoiden Grad II

Ein 44-jähriger Patient gab in der Anamnese an, hellrot, dem Stuhl aufgelagerte Blutspuren, Juckreiz post defaecationem und nachts Brennen in der Analgegend bemerkt zu haben. Neben Hämorrhoiden ergab die Untersuchung des Patienten an weiteren Befunden ein perianales Ekzem und eine Marisque. Die Hämorrhoiden wurden in drei Sitzungen sklerosiert; bezüglich des Ekzems wurde der Patient in die Dermatologische Universitätsklinik weiterüberwiesen.

3 Hämorrhoiden Grad II bei erstmaliger
Sklerosierung

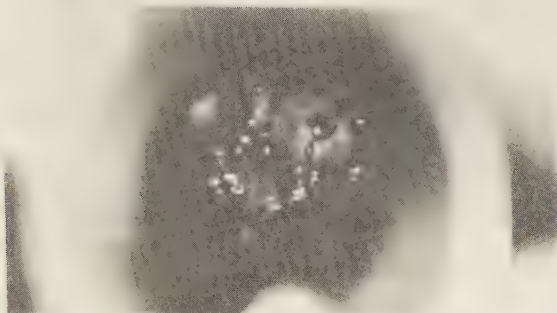


Photo 5 Gleicher Patient nach Injektion
der Sklerosierungslösung in die
hämorrhoidalen Knoten (erste
Sitzung).

4 Hämorrhoiden Grad III



Photo 6 Hämorrhoiden Grad III

Eine 34 Jahre alte Patientin klagte über schmerz-
hafte Defäkation, Juckreiz nach dem Stuhlgang und
nachts, Tenesmen und ein Druckgefühl im Enddarm.
Blutungen waren nur selten aufgetreten. Bei der
proktologischen Untersuchung ergab sich außer
Hämorrhoiden kein weiterer krankhafter Befund. Bei
der Patientin wurde eine Hämorrhoidektomie nach
MILLIGAN-MORGAN durchgeführt. Ein Rezidiv ist nicht
bekannt geworden.

II PERIANALE THROMBOSE

THROMBOPHLEBITIS CIRCUMANALIS ACUTA

A Allgemeines

Die perianale Thrombose läßt sich nach BLOND (3) als Komplikation des Hämorrhoidalleidens begreifen. Auslösende Faktoren für das akute Auftreten einer perianalen Thrombose können sein:

starkes Pressen

Diarrhoe

Laxantienabusus etc.

Eine gewisse Rolle spielt sicherlich auch die individuelle Disposition (26).

B Eigene Ergebnisse

Herangezogen wurde wiederum das Patientengut der proktologischen Ambulanz der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen im Quartal 1. 10. - 30. 12. 1974. Lediglich zur Ermittlung der Häufigkeit wurde auf das größere Patientengut des ersten Halbjahres 1976 zurückgegriffen.

1 Häufigkeit der perianalen Thrombosen

Personen, die sich wegen einer akuten perianalen Thrombose in Behandlung begaben, machten einen re-

lativ geringen Prozentsatz der Patienten der proktologischen Sprechstunde aus. In der Er-langer proktologischen Ambulanz wurde unter 1550 Patienten 41 mal die Diagnose einer akuten perianalen Thrombose gestellt; dies entspricht einer Häufigkeit von etwa 3 %. Marisquen, Rest-zustände nach einer abgelaufenen perianalen Throm-bose, waren häufiger.

2 Zusammenhang von Hämorrhoiden und perianaler Thrombose

Bei der Untersuchung der Thrombosepatienten des definierten Krankengutes (n = 17) wurden in allen Fällen auch Hämorrhoiden diagnostiziert. Unter 96 untersuchten Hämorrhoidpatienten fanden sich dagegen nur 9 mit perianaler Thrombose. Bestehende Hämorrhoiden können anscheinend als Voraussetzung für das Auftreten perianaler Thrombosen betrachtet werden (3). Während bei Hämorrhoiden nicht in jedem Fall eine Thrombose entstehen muß.

3 Symptome und Beschwerden

Ein plötzlich einsetzender und dann anhaltender Schmerz wird von allen Patienten angegeben. Er kann mit der Defäkation oder unabhängig davon ein-setzen. In einigen Fällen gingen die Beschwerden

so weit, daß ein allgemeines Krankheitsgefühl entstand. Die Intensität hing ab von der Größe der Thrombosen und der begleitenden Entzündungsreaktion. In dreiviertel der Fälle bestand ein Sphinkterhypertonus.

4 Therapie

Die Therapie der akuten perianalen Thrombose besteht in Stichincision oder Auskratzen des Thrombus mit dem scharfen Löffel. Diese Behandlung führte in unserem Patientengut zur sofortigen Schmerzfreiheit aller Patienten.

C Kasuistik

1 Akute perianale Thrombose

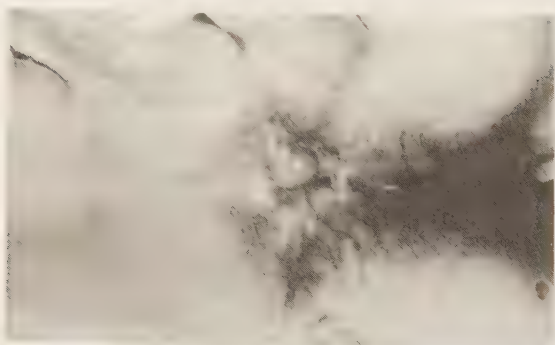


Photo 7 Akute perianale Thrombose

Es handelt sich um den Fall einer 23-jährigen Patientin die 2 Wochen nach der Geburt ihrer ersten Tochter in die proktologische Sprechstunde kam. Seit zwei Tagen litt die Patientin unter einem stechenden Schmerz im After. Er war von einer Minute zur anderen aufgetreten und dauerte seitdem ununterbrochen an. Weiterhin klagte sie über vornehmlich nächtlichen Juckreiz, vereinzelte Blutungen hellroter Farbe beim Stuhlgang und Nässen im Analgebiet. Die Untersuchung ergab folgende Befunde: akute perianale Thrombose - - akutes perianales Exzem Hämorrhoiden II - III Grades. Sie wurden in vier Sitzungen sklerosiert. Die perianale Thrombose wurde nach Stichinzision exprimiert, worauf die Patientin sofort beschwerdefrei war.

2 Spontan perforierte perianale Thrombose

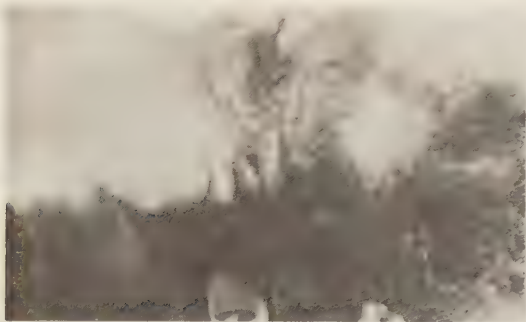


Photo 8 Zustand nach spontaner Perforation
einer perianalen Thrombose

Ein 39 Jahre alter Patient gab in der Anamnese ebenfalls den akut einsetzenden Dauerschmerz an. In seinem Falle jedoch hatte er ebenso abrupt aufgehört, wie er begonnen hatte. Die Thrombose war spontan perforiert. Weitere Beschwerden waren geringe hellrote Blutungen beim Stuhlgang und nächtlicher Juckreiz. Die proktologische Untersuchung führte zu folgenden Befunden: - - Hämorrhoiden II Grades - - Zustand nach Perforation einer perianalen Thrombose - -. Die Hämorrhoiden wurden in drei Sitzungen sklerosiert; ein Rezidiv ist nicht bekannt geworden.

3 Marisque

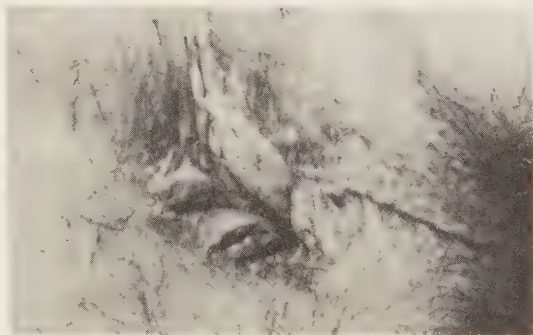


Photo 9 Marisquen

Als Restzustand nach perianalen Thrombosen bleiben, wie bereits erwähnt, Hautläppchen zurück, die man als Marisquen bezeichnet. Der 53-jährige Patient im Beispiel hatte in der Anamnese Angaben über 2 - 3 abgelaufene perianale Thrombosen. Die proktologische Sprechstunde hatte er zur Behandlung seiner Hämorrhoiden Grad II aufgesucht. Bezüglich der Marisquen war er beschwerdefrei.

III ANALFISSUR

A Definition

Als Analfissur bezeichnet man ein Ulkus der Anal-
kanalhaut mit entzündlicher Infiltration des tiefer-
gelegenen Sphinktergewebes (17). Zwei Formen der Anal-
fissur lassen sich unterscheiden.

1 Akute Analfissur

Die akute Analfissur ist gekennzeichnet (SCHWEIGER)
durch scharf ausgestanzte Ulkusränder
durch einen gelblich-rötlichen schmierig
belegten Ulkusgrund
durch eine Vorpostenfalte

2 Chronische Analfissur

Charakteristika einer chronischen Analfissur
sind (6):
unterminierte fibrotische Ulkusränder
Hypertrophe Papille
Vorpostenfalte

B Pathogenese

Eine gesicherte Vorstellung über die Pathogenese einer
Analfissur besteht bis heute nicht. Über die Entstehung
gibt es verschiedene Theorien.

Nach BLOND (3) entwickelt sich die Analfissur aus einer oberflächlichen infizierten Analvenenthrombose. Das thrombosierte und perforierte Gefäß kommt frei zu liegen. Nach Abstoßung des Thrombus und der Gefäßintima verbleibt als Ulkusgrund die reaktionsarme Media. Sie ist nicht zu einer proliferativen Reaktion befähigt. Daraus ergibt sich, daß die Fissur ohne operative Beseitigung des Geschwürgrundes nicht heilt (26).

Zum anderen besteht die Auffassung, eine akute Fissur würde aus einer Verletzung des Analkanals durch harten Stuhl, Fremdkörper oder andere mechanische Einwirkungen entstehen (26, 27).

Zur Entstehung der chronischen Analfissur vertritt EISENHAMMER (7) die Ansicht, daß sie aus einer durch fortdauernden Spasmus des musculus sphincter ani internus unterhaltenden akuten Fissur hervorgeht.

C Diagnose

In der Anamnese angegebene Beschwerden - Nachschmerz, Blutung - erlauben möglicherweise bereits eine Verdachtsdiagnose. Bei Spreizen der Nates, gegebenenfalls nach Aufforderung zum Pressen, wird das Ulkus

dann sichtbar (27). Prädilektionsstelle der Analfissur ist die hintere Kommissur (1, 6, 11). 80 % der Fissuren unserer Patienten lagen bei 6 Uhr (Steinschnittlage), 10 % waren anterior lokalisiert. Optisch ist es durch scharf ausgestanzte Ränder gekennzeichnet. Auf dem Boden sind eventuell Züge von Muskulatur, schmierige Beläge, Granulationsgewebe oder ähnliches erkennbar (17). Am distalen Ende findet sich häufig eine Vorpostenfalte, proximal eine hypertrophe Papille, die wohl auf den chronischen Entzündungsreiz zurückzuführen sein dürfte (17, 20). Da aufgrund des bestehenden Sphinkterhypertonus eine Rektoskopie bzw. digitale Austastung für den Patienten sehr schmerzhaft ist, ist eine vorherige Lokalanästhesie angezeigt (20, 27).

D Therapie

Ziel jeder Therapie der Analfissur muß es sein, den circulus vitiosus zu durchbrechen, der bei der Fissur auftritt.

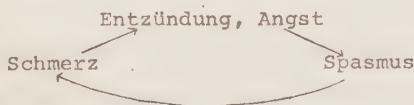


Abb. 16 Circulus vitiosus bei der Analfissur

Es bestehen dazu mehrere Möglichkeiten.

1 Konservative Therapie

a Medikamentöse Behandlung

Lokalanästhetikahaltige Salben werden in der Absicht eingesetzt, durch Beseitigung der Schmerzen auch den Spasmus beeinflussen zu können (6, 17, 27).

b Dilatation

Sofern eine akute Fissur vorliegt, kann eine Dehnung des Sphinkters durch Dilatatoren verschiedener Stärken (I - III) versucht werden. Zu deren Einführen in den Anus ist ein Lokalanästhetikum notwendig (6). Der Patient kann die Dehnung selbständig einmal täglich nach einem Sitzbad durchführen.

Zeigt sich nach konservativer Therapie keine Besserung, besteht eine Indikation zur Operation (6, 17).

2 Operative Therapie

Fissurektomie

Bei der Fissurektomie wird eine keilförmige Exzision vorgenommen, wobei das Exzisionspräparat den entsprechenden Quadranten der äußeren Haut, einen

Teil des Analkanals, die Analkrypte und die Analpapille am oberen Rand der Fissur beinhaltet (17). Postoperativ kann zusätzlich dilatiert werden, um eventuelle narbenstenotische Erscheinungen zu vermeiden (17).

E Eigene Ergebnisse

Herangezogen wurden die Patienten der proktologischen Ambulanz der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen des Quartals vom 1. 10. 1974 - 30. 12. 1974. Die Anzahl der Patienten mit einer Analfissur im definierten Krankengut betrug 65. Dieses Patientenkollektiv wurde hinsichtlich auftretender Rezidive über 2 Jahre verfolgt. Zur Ermittlung der Häufigkeit der Analfissuren wurde dagegen das größere Patientengut (n = 1550) des ersten Halbjahres 1976 zugrunde gelegt.

1 Häufigkeit der Analfissur

Unter den 1550 Patienten machten Analfissuren annähernd 11 % aus.

2 Geschlechtsverteilung in unserem Krankengut

Es ließ sich in unserem Patientengut keine Gleichverteilung unter den Geschlechtern feststellen. Frauen waren doppelt so häufig betroffen wie Männer.

3 Altersverteilung in unserem Patientenkollektiv

Ein bevorzugtes Alter für das Auftreten einer Analfissur waren die Jahre zwischen 20 und 60.

Das Maximum lag in der Gruppe der 31 - 40-jährigen für Frauen (bei einer zugrundeliegenden Einteilung in Altersgruppen zu je 10 Jahren), ein Jahrzehnt später für Männer (Abb. 17).

Alter	% aller Fissurpatienten		% des jeweiligen Geschlechts		% pro Altersgruppe
	♂	♀	♂	♀	
11 - 20	3 %	1,5 %	9,0 %	2,3 %	4,5 %
21 - 30	4,5 %	7,6 %	13,6 %	11,4 %	12,1 %
31 - 40	6,0 %	24,3 %	18,2 %	36,4 %	30,3 %
41 - 50	12,1 %	12,1 %	36,4 %	18,2 %	24,2 %
51 - 60	6,0 %	15,2 %	18,2 %	22,7 %	21,2 %
61 - 70	1,5 %	4,5 %	4,6 %	6,8 %	6,0 %
> 70		1,5 %		2,3 %	1,5 %

Tab. 4 Prozentuale Häufigkeit der Fissuren in den verschiedenen Altersgruppen

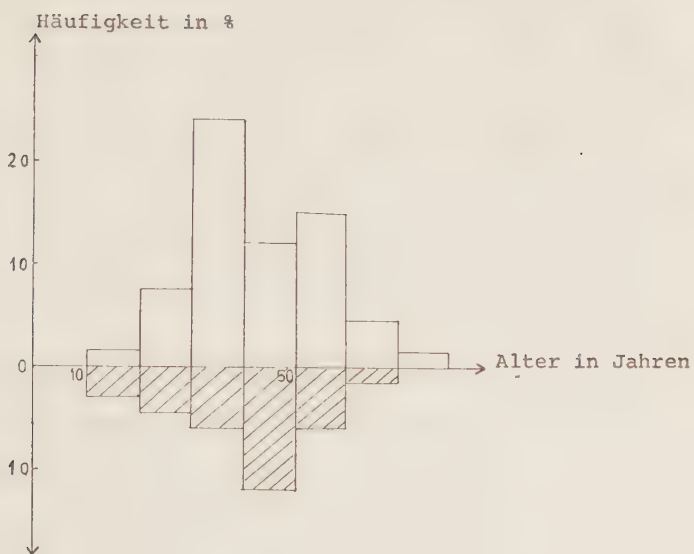


Abb. 17 Altersverteilung der Analfissur bei
Männern und Frauen



männliche Patienten



weibliche Patienten

4 Symptome und Beschwerden bei Analfissuren

Die Analfissur gehört zu äußerst schmerzhaften Erkrankungen der äußeren Analregion. Ihr Beginn verläuft hochakut (22). Bleibt die Fissur unbehandelt, geht sie von der akuten in die chronische Form über. Dabei verringert sich zwar die Intensität der Beschwerden, doch bleibt deren unmittelbares Einsetzen mit der Defäkation erhalten (26). Im Vordergrund der von den Patienten unseres Krankengutes angegebenen Beschwerden standen Schmerz und Blutungen.

Schmerz 80 % unserer Patienten klagten über heftige stechende Schmerzen, die mit der Defäkation einsetzten, über längere Zeit anhielten und nur zögernd nachließen. Obwohl nicht jede Fissur diesen Nachschmerz verursachen muß, ist er doch nahezu pathognomonisch (1, 17, 25).

Blutungen 61 % der Betroffenen gaben an, eine Spur hellen Blutes dem Stuhl aufgelagert bemerkt zu haben.

Andere Symptome wie Nässen, Juckreiz etc. traten mehr in den Hintergrund. Ihre Häufigkeit betrug in unserem Krankengut etwa je 10 %.

Erhöhter Sphinktertonus Bei drei von vier der untersuchten Patienten lag ein erhöhter Sphinktertonus vor. Durch die Einbeziehung des musculus sphincter ani internus in die Entzündungsreaktionen reagiert dieser mit erhöhtem Tonus, der bereits bei geringer Reizung z. B. durch die Defäkation in einen Sphinkterspasmus münden kann (6, 17).

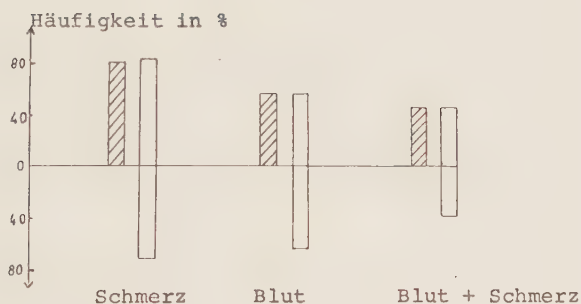


Abb. 18 Häufigkeiten der einzelnen Beschwerden bei Analfissuren in unserem Krankengut.

-  Häufigkeit im Gesamtkollektiv
 Häufigkeit beim männlichen Geschlecht (unten)
 Häufigkeit beim weiblichen Geschlecht (oben)

Es ist ersichtlich, daß die verschiedenen Beschwerden mit etwa gleichen Häufigkeiten in beiden Geschlechtern auftraten.

Vier von fünf Patienten klagten über Schmerzen, zweidrittel litten unter Blutungen, annähernd jeder zweite unter Blut u n d Schmerzen.

- 5 Gleichzeitig aufgetretene proktologische Erkrankungen

Bei den gleichzeitig aufgetretenen proktologischen Erkrankungen fiel besonders das verstärkte gemeinsame Vorkommen von Analfissuren mit Hämorrhoiden ins Auge.

Die hohe Korrelation würde die BLOND'sche Theorie der Fissurentstehung auf dem Boden einer infizierten Analvenenthrombose (3) stützen, da diese wiederum als Komplikation des Hämorrhoidalleidens aufgefaßt werden kann.

Frauen waren durch Hämorrhoiden als Zusatzerkrankung zur Analfissur etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Wesentlich seltener, lediglich in 6 % der Fälle, traten zusätzlich Fisteln auf. Die Entstehung einer Fistel durch nicht spontan heilende Analfissuren ist auf die chronische Entzündung im Ulkusgrund

zurückzuführen. Über die Zwischenstufe des Abszesses kann sich eine inkomplette oder komplette Fistel entwickeln.

Die relativen Häufigkeiten der einzelnen Zusatzerkrankungen, bezogen jeweils auf das gesamte Patientenkollektiv der Fissurpatienten sind in Tabelle 5 zusammengestellt.

	Hämorrhoiden	Fisteln	Ekzem	perianale Thrombose	Marisque
weibl.	46,9	4,5	1,5	4,5	3,0
männl.	10,6	1,5	4,5		
total	57,5	6,0	6,0	4,5	3,0

Tab. 5 Häufigkeit der Zusatzerkrankungen bei Anal-fissuren



Abb. 19 Häufigkeiten von Zusatzerkrankungen bei Anal-fissuren

6 Therapie der Analfissur im Patientengut der

Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen

Die einzelnen Methoden zur Behandlung einer Analfissur wurden in unserem Krankengut in unterschiedlichem Ausmaß angewandt, Die prozentualen Anteile der Behandlungsmethoden zeigt Abbildung 20.

chirurgische Behandlung		konservative Behandlung	
		Dilatator	45 %
Fissur- ektomie	11 %	Dilatator mit späterer Op.	19 %
Op. mit folg. Dilatation	11 %	Salbe	8 %
		ohne Behandlung	6 %

Abb. 20 Behandlung der Analfissur im Krankengut
der Chirurgischen Universitätsklinik
Erlangen

7 Behandlungserfolge bei Analfissuren

Konnte durch konservative Therapie kein Erfolg erzielt werden, schloß sich die chirurgische Behandlung an. Dies war in 19 % der Fälle nötig. Nach chirurgischer Exzision der Fissur war dann bei allen Patienten eine Heilung zu erreichen. Nach alleiniger Dilatatorbehandlung der akuten Analfissur traten in unserem Krankengut in 7 % der Fälle echte Rezidive auf. Sehr gute Erfolge waren mit der operativen Entfernung - im wesentlichen chronischer Analfissuren - zu erreichen. In unserem Patientenkollektiv ist kein Fall eines Rezidivs bekannt geworden.

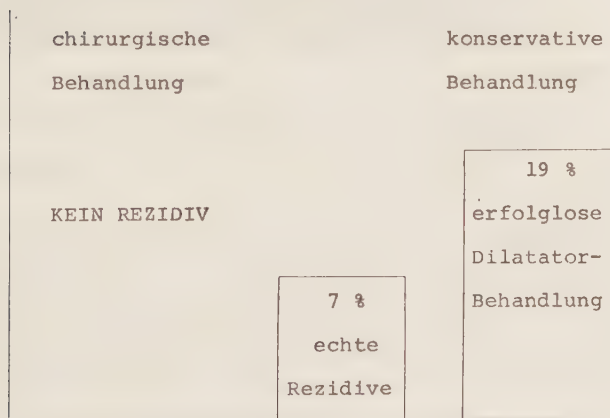


Abb. 21 Behandlungserfolge bei Analfissuren in unserem Krankengut

F Kasuistik

1 Akute Analfissur

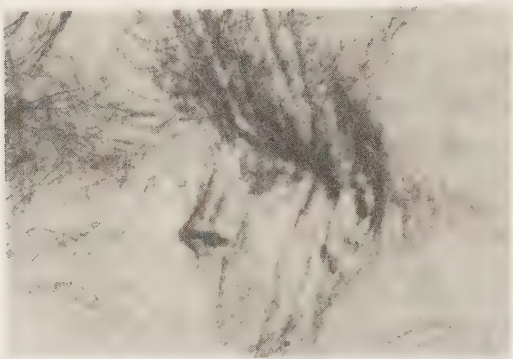


Photo 10 Akute Analfissur

Es handelt sich um einen 34 Jahre alten Patienten. Für ihn stand der Schmerz, der mit der Defäkation einsetzte und über etwa eine halbe Stunde dauerte im Vordergrund seiner Beschwerden. Blutungen waren nur im Zusammenhang mit dem Stuhlgang aufgetreten. Gelegentlich verspürte er ein leichtes Brennen am After. Bei der Inspektion zeigte sich ein scharf begrenztes ovales Ulkus an der hinteren Kommissur, sowie eine Vorpostenfalte an dessen distalen Ende. Es lag eine akute Analfissur vor. Die Palpation ließ einen deutlichen Sphinkterhypertonus erkennen: die Proktoskopie ergab Hämorrhoiden II Grades,

welche in 3 Sitzungen verödet wurden. Die Rektoskopie war bis 25 cm unauffällig. Zur Behandlung der akuten Fissur wurde mit gutem Erfolg die Dilatatorthherapie durchgeführt. Nach 2 Wochen war der Patient beschwerdefrei.

2 Chronische Analfissur



Photo 11 Chronische Analfissur. Eine Vorpostenfalte ist nicht deutlich zu erkennen

Das Beschwerdebild bei einem 58 Jahre alten Patienten war beherrscht vom typischen Nachschmerz einer Fissur. Nässen und nächtlicher Juckreiz traten demgegenüber in den Hintergrund. Blutungen waren selten und nur

im Zusammenhang mit der Defäkation aufgetreten; es handelte sich dann um Spuren hellroten Blutes, die dem Stuhl aufgelagert waren. Die Untersuchung ergab bei der Palpation einen Sphinkterhypertonus; bei der Proktoskopie ließen sich eine hypertrophe Papille und Hämorrhoiden Grad II feststellen. Die Rektoskopie war unauffällig. Die Fissur wurde in Narkose exzidiert. Nach Abheilung der Exzisionswunde wurde in 4 Sitzungen eine Sklerosierung der Hämorrhoiden durchgeführt. Der Patient ist seitdem sowohl hinsichtlich der Fissur als auch der Hämorrhoiden beschwerdefrei.

IV HYPERTROPHE PAPILLE

A Ätiologie und Pathogenese

Bei hypertrophen Papillen handelt es sich um stark vergrößerte Analpapillen. Aus diesem Grund bleibt ihr Vorkommen streng auf dem Bereich der Linea dentata beschränkt (6). Auslösende Ursache einer Papillenhypertrophie ist eine längere Zeit anhaltende Entzündung (6), z. B. chronische Fissuren (SCHWEIGER). Das anfänglich bestehende Ödem wird bindegewebig organisiert; mit großer Wahrscheinlichkeit entwickelt sich daraus ein Fibrom (6, 19).

B Diagnose

Die Diagnose eines Fibroms respektive einer hypertrophen Papille geschieht durch Palpation und Proktoskopie (6), gegebenenfalls durch Histologie (SCHWEIGER).

C Symptome und Beschwerden

Druckgefühl, Tenesmen und Schmerzen bestimmen im wesentlichen die Symptomatologie (6). Blutungen, bedingt durch Läsionen der Mukosa, sind relativ selten. Sie treten auf, falls das Fibrom prolapiert (26). Ein Sphinkterkrampf kann ausgelöst werden (17).

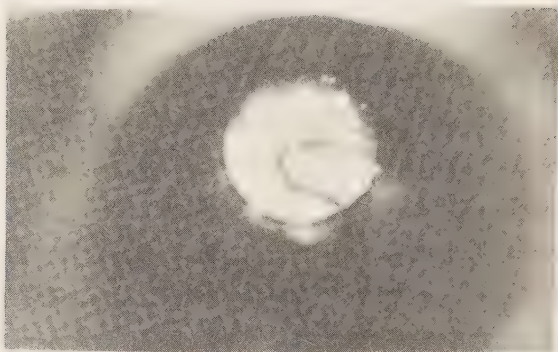


Photo 12 Hypertrophe Papille

Es handelt sich um einen 40 Jahre alten Patienten. Er suchte die proktologische Sprechstunde auf, da er in den vergangenen 6 Wochen wiederholt hellrote, dem Stuhl aufgelagerte, Blutspuren bemerkt hatte. Ansonsten hatte der Patient keinerlei Beschwerden. Bei der Untersuchung fanden sich Hämorrhoiden II Grades, welche in drei Sitzungen sklerosiert wurden, sowie ein Fibrom in Höhe der Linea dentata. Von einer Behandlung des Fibroms wurde abgesehen, da der Patient diesbezüglich beschwerdefrei war.

V PERIPROKTALER ABSZESS UND PERIANALES FISTELLEIDEN

A Pathogenese typischer periproktaler Abszesse und Fisteln

Typischer periproktaler Abszeß und typisches perianales Fistelleiden lassen sich weitgehend als ein zusammenhängendes Krankheitsbild auffassen (28). Sie haben beide zu 95 % die gleiche Ursache, die Infektion einer Proktodealdrüse. Gewöhnlich löst die Fistel den Abszeß ab (28). Aus diesem Grund entspricht die innere primäre Öffnung der Fistel überwiegend der infizierten Krypte, an deren Boden die Drüse mündet (11, 17, 28).

Embryologisch entstehen die verschiedenen Sphinkteranteile zu unterschiedlichen Zeiten der Entwicklung. Die muscularis mucosae überschreitet die Linea anocutanae sehr viel später als die inzwischen den Sphincter ani internus durchsetzende Proktodealdrüse, die im Gegensatz zu den perianalen Talgdrüsen entodermalen Ursprungs sind (14, 28). Die Kryptengegend stellt die Grenzzone zwischen Ento- und Ektoderm dar (28).

Die begrenzte Schwellungsfähigkeit im Gebiet des

Sphincter ani internus (Dauerkontraktion des musculus sphincter ani internus) und die mit der Unterlage verwachsene Analkanalhaut begünstigen die Entstehung einer eitrigen Entzündung (28).

Eine angeborene Disposition zur Krypt- und Papillitis, ihrerseits hervorgerufen durch die ständige Irritation bei der Defäkation, spielt als dritter Faktor bei der Genese der periproktalen Abszesse und perianalen Fisteln typischer Art eine Rolle (28).

B Abszesse und Fisteln anderer Genese

1 Abszesse anderer Genese

Nicht typische Abszesse machen nur einen relativ geringen Anteil aus. Ätiologisch kommen hierbei in Betracht:

fortgeleitete Infektion intraabdomineller Prozesse
hämato gene Streuung von einem Primärherd aus
unspezifische Infektion wie Divertikulitis (27)

Hidradenitis suppurativa (SCHWEIGER)

spezifische Infektionen sowie

Colitis ulcerosa und

Morbus Crohn (27).

2 Fisteln anderer Genese

Neben der häufigsten Ursache der ständigen Irritation und Reinfektion einer Analkrypte durch die Defäkation (11, 28) können Fisteln eine Reihe weiterer Ursachen haben. Zu nennen sind hierbei:

Colitis ulcerosa

Morbus Crohn

Aktinomykose

Divertikulitiden

venerische Infektionen spezifische Ursachen

wie zum Beispiel eine Tuberkulose (6, 27) und die Entstehung auf dem Boden einer Analfissur (6).

Nach proktologischen, gynäkologischen (28) und urologischen (27) Eingriffen kann sich eine Fistel mit Verbindung zum Rektum oder dem Analgebiet entwickeln.

C Einteilung der Abszesse und Fisteln

1 Einteilung der Abszesse

Bei der Infektion einer Analkrypte breitet sich die Entzündung entlang der Proktodealdrüse in den anatomisch präformierten Spaltraum zwischen Sphinkter ani internus und externus aus (26). Die Ausbreitung vom Primärherd aus muß den anatomischen Gegebenheiten Rechnung tragen; sie folgt markanten

Gewebszügen und Räumen (28). Im wesentlichen lassen sich vier Formen der Abszeßlokalisation ableiten. Die Einteilung der Abszesse nach der Ausbreitung gibt Abbildung 22 wieder.

Ausbreitung innerhalb des Spatiums intermuskulärer Abszeß	80 %
Ausbreitung nach kaudal subkutaner und submucöser Abszeß des Analkanals	4 %
Ausbreitung nach kranial pelvirektaler Abszeß	1 %
Ausbreitung nach lateral ischirektaler Abszeß	15 %

Abb. 22 Einteilung der Abszesse nach der Ausbreitung (nach STELZNER)

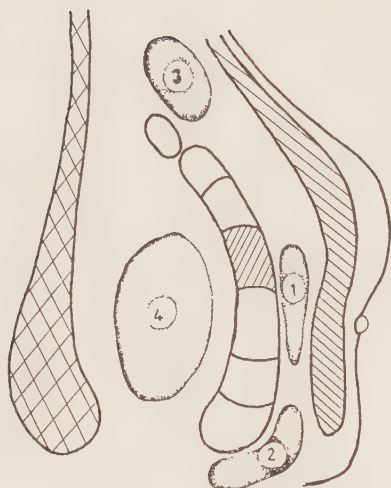


Abb. 23 Lokalisation der Abszesse
(nach STELZNER und ROSCHKE)

- | | |
|------------------|----------------|
| 1 intersphinkter | 3 pelvirektal |
| 2 subkutan | 4 ischiorektal |

2 Einteilung der Fisteln

Analog dem Einteilungsschema der Abszesse folgt auch die Einteilung der Fisteln anatomischen Gesichtspunkten. Laut ROSCHKE ist nur die Gliederung in supra- und infrapileatorische Fisteln von Belang, da suprapileatorische Fisteln für die Therapie besonders schwierige Probleme aufwerfen (26). PARKS (23) stellte in den letzten Jahren ein Fistelschema mit vier Hauptgruppen - bezeichnet mit römischen Ziffern - auf. Danach bedeutet:

I	intersphinkterische Fistel	mit 65 - 70 % rel. Häufigkeit
II	transsphinkterische Fistel	mit 25 - 30 % rel. Häufigkeit
III	suprasphinkterische Fistel	mit 3 % rel. Häufigkeit
IV	extrasphinkterische Fistel	mit 2 % rel. Häufigkeit

Je nach Zugehörigkeit zu einer Gruppe bestimmt sich die optimale Therapie. Subkutane und submuköse Fisteln werden dabei als Untergruppen

aufgefaßt und wie I behandelt. In jeder Gruppe können die Fisteln inkomplett, das heißt ohne äußere Öffnung, oder in kompletter Form auftreten.

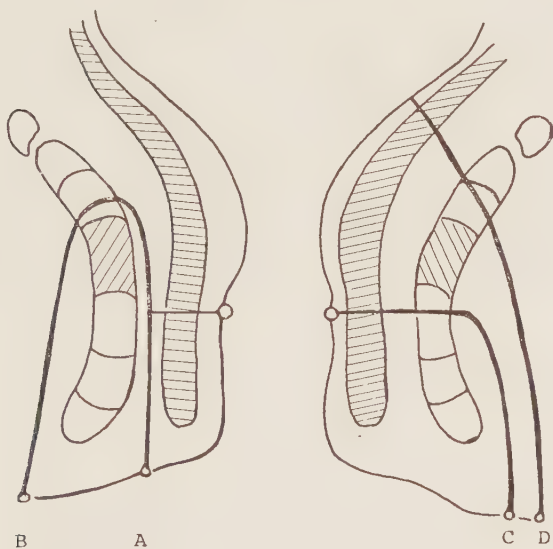


Abb. 24 Einteilung der Fisteln nach PARKS

- A intermuskuläre Fistel
- B suprasphinkteräre Fistel
- C transsphinkteräre Fistel
- D extrasphinkteräre Fistel

3 Verlauf der Fisteln

Grundsätzlich gilt die GOODSALL'sche Regel. Sie besagt, daß komplette Fisteln, deren äußere Öffnung unterhalb (posterior) der Goodsall'schen Linie liegt, bogenförmig zur inneren Öffnung hin verläuft, die im allgemeinen bei 1/2 6 - 1/2 7 Uhr (Steinschnittlagerung) liegt. Demgegenüber besitzen Fisteln, deren äußere Öffnung sich oberhalb (anterior) dieser Gerade befindet, einen direkten geradlinigen Verlauf. Ihre inneren Öffnungen liegen zumeist zwischen 10 und 2 Uhr (6, 22, 25).

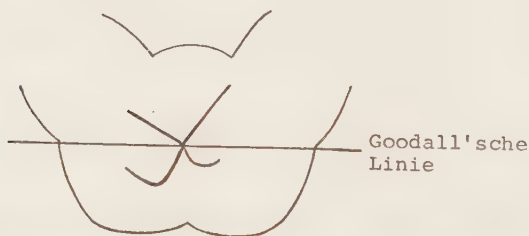


Abb. 25 Fistelverlauf entsprechend der
GOODSALL'schen Regel (nach OTTO/EWE)

4 Lokalisation der inneren Öffnung

Die innere Öffnung der Fistel besitzt gewisse Prädispositionsstellen. Bei 6 Uhr beispielsweise, wo sich laut STELZNER oft eine besonders tiefe Krypte befindet (28), war sie bei 56 % der untersuchten Patienten unseres Krankengutes lokalisiert. Es folgten die Lokalisationen bei 12 Uhr mit 34 % und bei 3 Uhr mit 6 %.

B Symptome und Beschwerden periproktaler Abszesse und anorektaler Fisteln

1 Abszesse

Es ist zweckmäßig bei der Betrachtung der Symptome nach den verschiedenen Abszeßformen zu unterscheiden.

a Intermuskulärer Abszeß

Die Symptomatik eines intermuskulären Abszesses ist bestimmt durch den Schmerz, der sich beim Sitzen, Gehen oder bei der Defäkation verstärkt (6). Die perianale Haut zeigt eine Rötung und Schwellung (28). Im späten Stadium ist eventuell eine Fluktuation festzustellen.

b Subkutaner Abszeß

Laut STELZNER (28) handelt es sich hierbei um eine sehr seltene Abszeßform, die klinisch eigentlich kaum zu beobachten ist, da die dünne Analkanalhaut schnell zerreißt. Ein flaches Ulkus kann die Folge sein. Es heilt gewöhnlich ohne ärztliche Maßnahmen ab.

c Ischiorektaler Abszeß

Das Krankheitsgefühl bei einer ischiorektalen Eiterung ist erheblich (28). Die Patienten haben hohes Fieber und einen dumpfen Schmerz hoch im Rektum. Der Untersucher tastet im Analkanal eine prall-elastische Induration (28). Die Haut über dem betroffenen Gebiet ist nicht rot, aber gespannt und glänzend (28).

d Pelvirektaler Abszeß

Erstes Anzeichen dieses Krankheitsbildes ist Fieber unklarer Genese und eine allgemeine Abgeschlagenheit (28). Die lokalen Beschwerden sind minimal. Erst im Spätstadium läßt sich an der Rektumseitenwand ein Infiltrat tasten (28).

2 Fisteln

Ein einheitlicher Symptomkomplex des Fistelleidens besteht nicht (26). Das angegebene Beschwerdebild der Patienten kann stark variieren, zumal es von den unterschiedlichsten Faktoren mit beeinflusst wird.

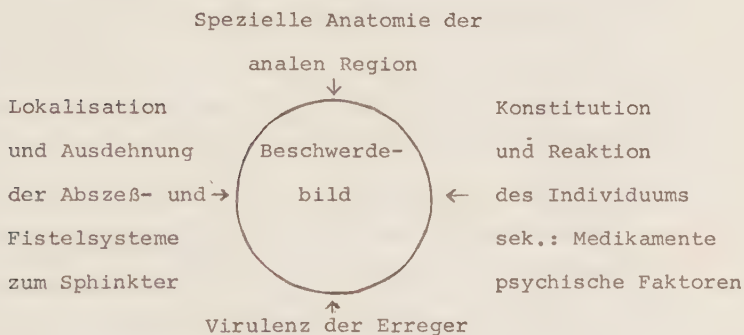


Abb. 26 Faktoren, die das Beschwerdebild anorektaler Fisteln beeinflussen

Die Intensität der Beschwerden korreliert nicht mit der Ausdehnung von Fistelsystemen. Da sich sowohl innere als auch äußere Öffnungen zeitweilig verschließen können, um nach einem symptomfreien Intervall

eventuell einen neuen "akuten Schub" zu verursachen (26, 28), wird von Patienten öfter intervallartiges Auftreten der Schmerzen angegeben. Als pathognomonisch kann die Angabe des Spätschmerzes, der 15 - 20 Minuten nach der Defäkation einsetzt, gewertet werden (26). Das Ausmaß der Beschwerden hängt ab vom Ausmaß der entzündlichen Infiltrationen und vom Grad der eitrigen oder serösen Sekretion, welche sekundär zur Ekzematisierung der umgebenden Haut führen kann (26).

C Diagnose des periproktalen Abszesses und perianaler Fisteln

1 Diagnose des periproktalen Abszesses

Die Diagnose eines periproktalen Abszesses geschieht durch Anamnese, Inspektion und Palpation. Leitsymptome sind Dolor, Rubor und Tumor (27).

2 Diagnose der perianalen Fistel

Die Anamnese mit Angabe des typischen Spätschmerzes, der 5 - 20 Minuten nach der Defäkation einsetzt und über längere Zeit anhält, kann bereits die Richtung weisen. Bei der Inspektion ist bei kompletten Fisteln unter Umständen die sekundäre Öffnung erkennbar (6, 26). Das Auffinden der primären Öffnung ist ambulant nicht immer mög-

lich und sollte nicht gewaltsam erzwungen werden (17). Intraoperativ, das heißt bei narkotisiertem Patienten, ist durch Abtasten der Krypten mit einer Hakensonde die innere Öffnung leichter darstellbar (14, 28). Die Palpation von Fisteln ist im Gegensatz zur Palpation der Analfissuren kaum schmerzhaft. Subkutane Fistelgänge lassen sich hin und wieder als strangartige Verdickungen tasten (11, 28). Die Fisteldarstellung ist eine Möglichkeit zur Darstellung des gesamten Gangsystems. Durch Einspritzen von Methylenblau läßt sich der Gangverlauf darstellen. Dabei hat sich Methylenblau allein nicht so bewährt, da es durch Austritt aus dem Gangsystem das umgebende Gewebe ebenfalls anfärbt und somit eine Beurteilung unmöglich macht (17). Besser Erfahrungen hat man mit einer Mischung aus Methylenblau und Milch gemacht (28).

D Therapie periproktaler Abszesse und anorektaler Fisteln

1 Abszesse

Die Therapie der periproktalen Abszesse ist operativ. Um die Sphinkterfunktion zu erhalten, müssen die anatomischen Gegebenheiten speziell

berücksichtigt werden (26). Infektionsherd und Infektionswege müssen saniert werden, sowie eine möglichst lange Offenhaltung der Wunde gewährleistet sein muß (17, 26). Als besonders geeignet erwies sich der bogenförmige Schnitt, eventuell mit Ausweitung zur T-Form (29). Hierbei klaffen die Wundränder durch Zug relativ lange, wodurch Rezidive durch Einschluß von Erregern bei zu frühem Verkleben ausgeschlossen sind (17).

2 Fisteln

Die Therapie der perianalen Fistel ist operativ. Die Exzision der Analfistel folgt der aufklappenden Spaltung, das heißt Freilegen des Gangsystems von der primären zur sekundären Öffnung, unter Spaltung des darüberliegenden Sphinktergewebes. Die Sphinktermuskulatur sollte senkrecht durchtrennt werden (6, 17, 27), wenn möglich unter Erhaltung des kranialen Anteils des musculus sphincter internus (17) sowie des musculus puborectalis (SCHWEIGER), die für die Kontinenz verantwortlich sind.

E Eigene Ergebnisse

Herangezogen wurde das Patientengut der proktologischen Ambulanz der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen

des Quartals vom 1. 10. 1974 - 30. 12. 1974. Näher betrachtet wurden 60 Personen mit anorektalen Fisteln. Auf dieses Kollektiv beziehen sich die folgenden Ergebnisse mit Ausnahme der Häufigkeitswerte.

1 Häufigkeit periproktaler Abszesse

Zur Ermittlung der Häufigkeit periproktaler Abszesse (sowie auch perianaler Fisteln) unter den proktologischen Erkrankungen wurde das Patientengut zweier Quartale (1. 1. 1976 - 30. 6. 1976) der proktologischen Ambulanz der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen herangezogen. Die Häufigkeit periproktaler Abszesse in diesem Kollektiv von 1550 Patienten betrug 3 %.

2 Geschlechts- und Altersverteilung

Bei der Aufschlüsselung nach Geschlechtern wurde ein Überwiegen des männlichen Geschlechts offenkundig. Das Verhältnis Männer zu Frauen betrug 6 : 1. Jüngere Jahrgänge waren bevorzugt betroffen. Die Mehrzahl der Patienten war zwischen 20 und 35 Jahre alt.

3 Häufigkeit perianaler Fisteln

Perianale Fisteln sind eine recht häufige proktologische Erkrankung. Bei 12 % der 1550 untersuchten Personen konnte ein Fistelleiden diagnostiziert

werden. Die Häufigkeit der unterschiedlichen Fistelarten entspricht den von PARKS (23) ermittelten Werten.

4 Geschlechtsverteilung in unserem Patientenkollektiv

Die Differenzierung des Krankengutes nach Geschlechtern ergab eine Relation von männlich zu weiblich von etwa 2 : 1.

5 Altersverteilung der perianalen Fisteln im betrachteten Krankengut

Das gesamte Kollektiv der Fistelpatienten wurde in Altersgruppen zu je 10 Jahren untergliedert. Die Auftragung der ermittelten Häufigkeit gegen das Alter unter Berücksichtigung des Geschlechts ergab das folgende Diagramm:

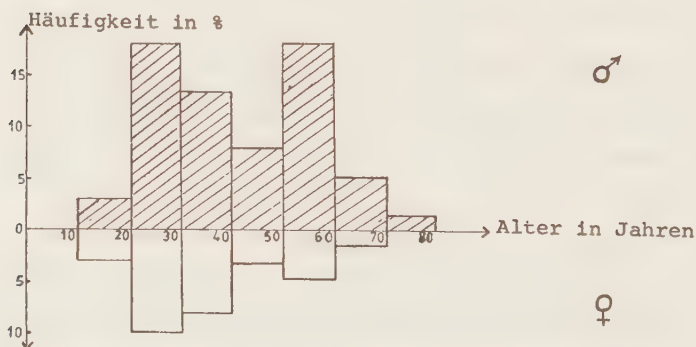


Abb. 27 Altersverteilung anorektaler Fisteln
in unserem Krankengut

Zu erkennen ist ein gehäuftes Vorkommen der Fisteln in den Altersgruppen der 21 - 60-jährigen. In diesen Altersabschnitt fallen auch die beiden absoluten Häufigkeitsgipfel bei den 21 - 30-jährigen und den 51 - 60-jährigen.

Das Verhältnis der Geschlechter zueinander war nicht in den Altersgruppen konstant. Während bei den 11 - 20-jährigen ein Gleichgewicht vorlag, nahm mit steigendem Alter der Anteil der Männer zu.

6 Symptome und Beschwerden in unserem Krankengut

An Symptomen wurden von den Patienten angegebenen - nach abnehmender Häufigkeit geordnet:

Schmerzen welche 5 - 20 Minuten nach der Defäkation einsetzten und über längere Zeit andauerten (Spätschmerz)

65 % der Patienten klagten darüber

Blut bei der Defäkation hatten

62 % bemerkt

Juckreiz war bei jedem vierten Patienten aufgetreten

Nässen und

Eiterabgang wurde nur von wenigen Patienten angegeben. Beide Symptome traten zu etwa 15 % auf

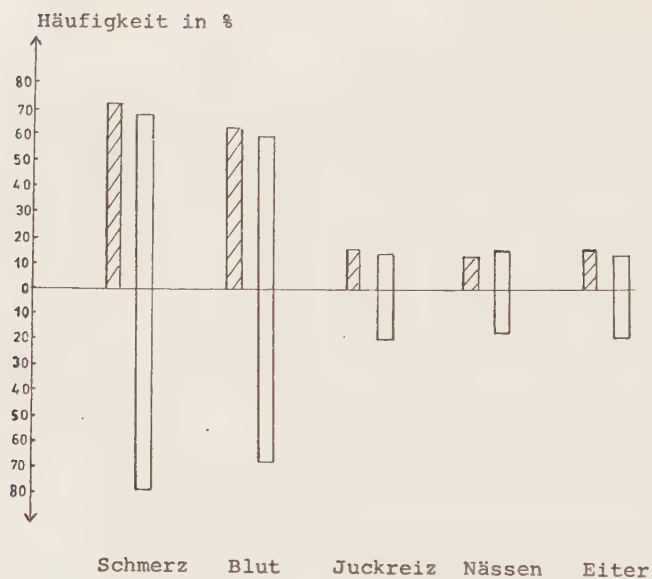


Abb. 28 Beschwerden bei anorektalen Fisteln

-  Häufigkeit im Gesamtkollektiv
 Häufigkeit beim männlichen (oben)
 bzw. weiblichen (unten) Patienten-
 kollektiv

7 Gleichzeitig aufgetretene proktologische Erkrankungen

In 62 % der Fälle traten gleichzeitig mit Fisteln noch andere proktologische Erkrankungen auf. Dabei waren 56 % der Männer und 66 % der Frauen von weiteren proktologischen Erkrankungen betroffen. Unter diesen Zusatzerkrankungen kamen Hämorrhoiden und Analfissuren besonders häufig vor. Hämorrhoiden traten bei 37 % aller Frauen und 34 % aller Männer zusätzlich auf; Analfissuren bei 37 % der weiblichen Patienten und bei 22 % der männlichen.

F Kasuistik

1 Intersphinktäre Fistel

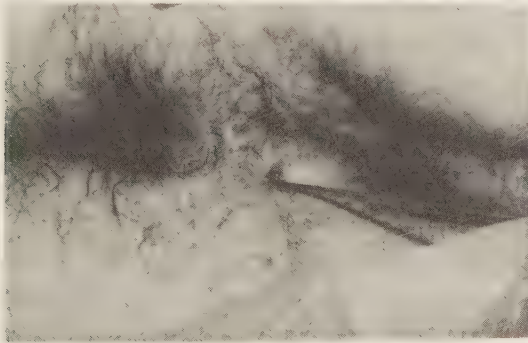


Photo 13 Intersphinktäre Fistel. Die sekundäre Öffnung liegt bei 1/2 1 Uhr. Der Fistelgang ist durch eine Sonde dargestellt.

Bei einer 33-jährigen Patientin mit typischer intersphinkitärer Fistel traten jeweils etwa eine Viertelstunde nach dem Stuhlgang stechende Schmerzen im Analbereich auf, welche 20 Minuten bis eine halbe Stunde andauerten. Sie berichtete über gelegentliche leichte Blutungen bei der Defäkation. Es bestand eine geringgradige seröse Sekretion. Aus der Anamnese war keinerlei Hinweis auf einen früheren perianalen Abszeß zu entnehmen. Möglicherweise war er unter einer milden Symptomatik abgelaufen. Die Untersuchung der Patientin ergab bei der Inspektion den Befund einer äußeren Fistelöffnung bei 1/2 1 Uhr. Die innere Öffnung war als kraterförmig eingezogene Krypte zwischen 11 und 12 Uhr ebenso wie der Fistelgang gut tast- und sondierbar. Es bestand ein Sphinkterhypertonus. Alle weiteren Untersuchungen waren unauffällig. Therapeutisch wurde bei der Patientin eine Fistelexzision in Narkose durchgeführt. Ein Rezidiv ist nicht bekannt geworden.

2 Transsphinktäre Fistel



Photo 14 Transsphinktäre Fistel. Die äußere
Öffnung liegt bei 11 Uhr

Bei diesem 38 Jahre alten Patienten lag eine transsphinktäre Fistel vor. Er klagte im wesentlichen über die gleichen Beschwerden wie die Patientin aus Beispiel 1, über Spätschmerz, leichte intermittierende Blutungen und Nässen. Bei der Inspektion war die äußere Öffnung bei 11 Uhr deutlich zu erkennen; bei der Palpation traten einige Tropfen Blut daraus hervor. Die Sondierung des Fistelganges ließ sich erst in Narkose durchführen. Therapeutisch wurde eine Fistelexzision in Narkose durchgeführt.

3 Zustand nach Fistelexzision

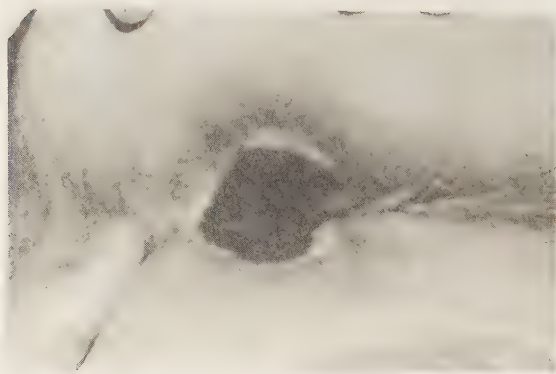


Photo 15 Zustand nach Fistelexzision
eine Woche postoperativ

VI SINUS PILONIDALIS

A Allgemeines

1 Lokalisation

Sinus pilonidales sind zum größten Teil in der kranialen Verlängerung der Rima ani lokalisiert, überwiegend genau in der Medianlinie. Vereinzelt kommen sich auch in der Axilla oder am Nabel vor (6).

Der Sinus verläuft ausgehend vom tiefsten Punkt des Os sacrum - Os coccygeum - über 2 - 15 cm im subkutanen Bindegewebe kopfwärts (11).

Die Auskleidung des Primärganges besteht weitgehend aus Plattenepithel. Die Wände eventueller Nebengänge werden durch Granulationsgewebe gebildet (6).

2 Ätiologie und Pathogenese

Die Ätiologie eines Sinus pilonidalis ist nicht eindeutig geklärt. GAGE (8) hält Relikte des embryonalen medullären Kanals für wesentlich.

PATEY, SCARFF und BREARLY (5, 24) sehen ihn als später erworben an. Ihrer Meinung nach sind losgelöste freie Haare der umgebenden Epidermis die wesentliche Ursache. Durch besonderes Verhalten der Natesregion bei der Bewegung sollen

diese sich in das subkutane Gewebe einbohren.
Beweisend wird angeführt, daß die Wurzel der
Haare stets nach kaudal weist.

3 Häufigkeit

Männer sind laut HUGHES (11) etwa sechsmal häufiger betroffen als Frauen.

B Kasuistik

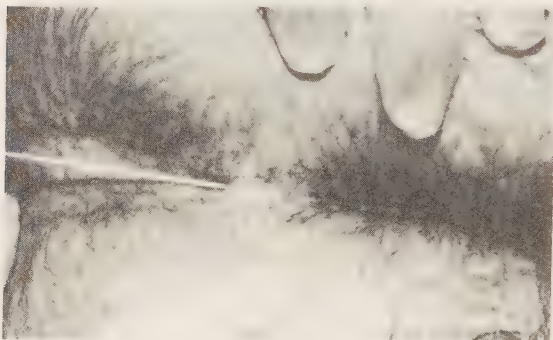


Photo 16 Sinus pilonidalis mit sondiertem Gang

Der stark behaarte 22-jährige Patient gab als Beschwerden leichtes Nässen und Juckreiz über dem Steißbein an. Er sagte, er habe ein dumpfes Gefühl an dieser Stelle. Eiterungen oder Blutungen waren nicht aufgetreten. In proktologische Behandlung begab er sich

hauptsächlich wegen stechender Schmerzen am Anus, welche mit der Defäkation auftraten und über etwa 20 Minuten andauerten sowie hellroten Blutspuren, die er auf Stuhlgang und Toilettenpapier bemerkt hatte. Bei dem Patienten konnte ein Sinus pilonidalis und eine akute Analfissur diagnostiziert werden. Der Sinus wurde in Lokalanästhesie exzidiert, die Fissur erfolgreich mittels Dilatatoren behandelt. Der Patient ist nun beschwerdefrei.

A Allgemeines

1 Pathogenese

Perianale Ekzeme treten überwiegend sekundär in Erscheinung, das heißt im Rahmen einer anderen Grunderkrankung (6, 27). Die Ursachen können sehr verschieden sein. In Frage kommen vor allem:

Allergien	z. B. gegen Waschmittel, Toilettenpapier etc.
innere Krankheiten	wie Leberschäden
Stoffwechselstörungen	z. B. Diabetes mellitus
parasitärer Wurmbefall	z. B. Oxyuren
proktologische Erkrankungen	die mit Nässen verbunden sind, Hämorrhoiden, Fisteln
lokal applizierte Medikamente	z. B. glukokortikoidhaltige Suppositorien bei Hämorrhoiden
Diarrhöen	bedingt durch Laxantienabusus oder andere Ursachen
Inkontinenz	
mangelnde Hygiene	

In vielen Fällen spielt sicher das Zusammen-
treffen mehrerer verschiedener Faktoren eine ent-
scheidende Rolle (26). Ausdehnung und Schwere-
grad sind mitbestimmt durch sekundäre Kratzeffekte
aufgrund des begleitenden Pruritus ani (26).

2 Diagnose

Die Diagnose eines perianalen Ekzems wird durch
die Inspektion gestellt (17, 25). Da perianale
Ekzeme mehrheitlich Sekundärererscheinungen sind,
muß zugleich immer die Grunderkrankung festge-
stellt und behandelt werden (27). Differential-
diagnostisch ist vor allem an eine Mykose, speziell
einen Candidabefall zu denken. Eine scharfe Begren-
zung des diffus geröteten Hautgebietes mit Schup-
fung und kleinen Rhagaden darf als Hinweis darauf
gewertet werden. Eine endgültige Sicherung der
klinischen Diagnose bringt im Zweifel die Kultur
(27).

3 Therapie

Die kausale Therapie des Ekzems, das heißt die
Behandlung der Grundkrankheit steht an erster
Stelle (6). In proktologischer Hinsicht betrifft
dies im wesentlichen die Sklerosierung vorhandener
Hämorrhoiden, die Exzision von Fisteln und Anal-

fissuren, operative Entfernung von Condylomata etc; unter Umständen die Therapie einer Wurmerkrankung (26). Läßt sich keine primäre Ursache eruieren, besteht die Therapie aus einer sinnvollen Analtoilette: anstelle des Toilettenpapiers sollten die Patienten lauwarmes Wasser zur Reinigung des Analgebietes benutzen (6, 27).

B Eigene Ergebnisse

Herangezogen wurde das Patientenkollektiv der proktologischen Ambulanz der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen des Quartals vom 1. 10. 1974 - 30. 12. 1974. In diesem definierten Krankengut befanden sich 211 Patienten mit perianalem Ekzem. Lediglich für die Ermittlung der Häufigkeit wurde auf das Patientengut des ersten Halbjahres 1976 zurückgegriffen.

1 Häufigkeit des perianalen Ekzems in unserem Krankengut

Unter 1550 untersuchten Patienten der proktologischen Ambulanz Erlangen war in 474 Fällen, was einer Häufigkeit von 31 % entspricht, die Diagnose perianales Ekzem gestellt worden.



Abb. 29 Häufigkeit des perianalen Ekzems in unserem Krankengut

2 Symptome und Beschwerden

Im akuten Stadium eines Ekzems klagten die Patienten vor allen Dingen über

Pruritus	und	Nässen
67 %		39 %

In 57 % der Fälle war eine Rötung der Haut festzustellen. Das chronische Stadium neigt mehr zu einem trockenen hyperkeratotischen Verlauf (26).

C Kasuistik

1 Akutes perianales Ekzem

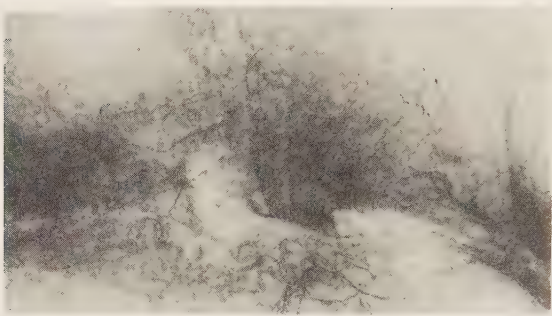


Photo 17 Scharf begrenztes akutes perianales
Ekzem mit Pilzbefall

Ein 45-jähriger Patient suchte die proktologische Sprechstunde auf, da er Spuren hellroten Blutes dem Stuhl aufgelagert festgestellt hatte. In der letzten Zeit waren zunehmend Juckreiz und Nässen aufgetreten. Die Untersuchung führte zu folgendem Ergebnis:

ein akutes perianales Ekzem mit
Pilzbefall

Hämorrhoiden Grad II

Die Hämorrhoiden wurden in drei Sitzungen sklerosiert. Zur Behandlung der Mykose erfolgte die Überweisung des Patienten in die Dermatologische Universitätsklinik.

2 Chronisches perianales Ekzem

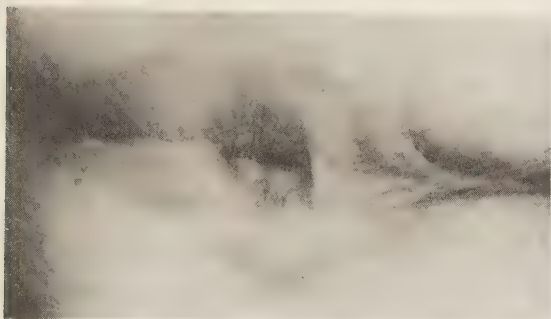


Photo 18 Chronisches perianales Ekzem

Dieser 59 Jahre alte Patient befand sich aufgrund von Hämorrhoiden Grad II in proktologischer Behandlung. Seine Beschwerden bestanden aus intermittierend auftretenden hellroten Blutungen und geringem, vor allem nächtlichen Juckreiz. Nässen war nicht bemerkt worden. Bei dem Patienten war ein medikamentös eingestellter Altersdiabetes bekannt. Die Therapie in diesem Fall bestand in der Sklerosierung der Hämorrhoiden und der Durchführung einer sorgfältigen Analtoilette. Es ließ sich dadurch eine deutliche Besserung erzielen.

IIX CONDYLOMATA ACCUMINATA

A Ätiologie und Pathogenese

Als Ätiologie diskutiert man das Condylomata-Virus, ein Virus, ähnlich, eventuell identisch dem Warzenvirus, aus der Gruppe der Papovaviren (12). Die Übertragung erfolgt durch Autokulation oder direkten Kontakt. Ein häufiges Vorkommen von Condylomata accuminata unter homosexuellen Patienten wurde beobachtet (29). Obgleich die Auffassung besteht, venerische Infektionen würden ihr Entstehen begünstigen (6), konnte dies in unserem Krankengut in keinem einzigen Fall bestätigt werden.

B Diagnose

Die Diagnose wird durch die Inspektion gestellt. Die blumenkohlartigen Wucherungen finden sich besonders im feuchten warmen Milieu von Vulva und Anus (6). Differentialdiagnostisch sind besonders Condylomata lata bei sekundärer Lues in Betracht zu ziehen (6).

C Symptome

Ganz im Vordergrund der Symptomatik steht der Pruritus (26). Eine stark reizende Sekretion kann zu sekundärem Ekzem führen (14).

D Therapie

Die Therapie der Wahl besteht in der Abtragung der Condylomata durch das Diathermieskalpell (6). Eine konservative Therapie durch lokale Applikation von Podophyllinlösung wird bei uns nicht durchgeführt. Sie kommt allenfalls zur Behandlung eventueller Rezidive im frühen Stadium in Betracht (SCHWEIGER).

E Kasuistik

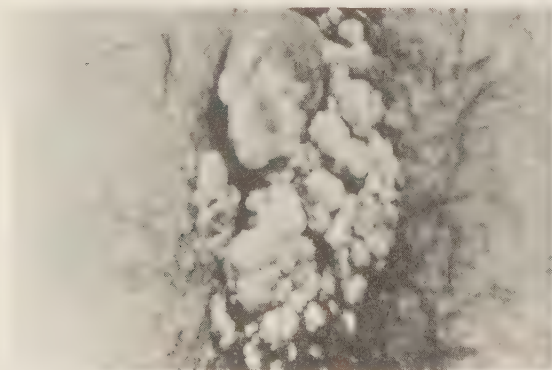


Photo 19 Condylomata accuminata

Es handelt sich hier um einen 42 Jahre alten Patienten. Vor vier Jahren war er bereits einmal wegen Condylomata accuminata operiert worden; nun hatte sich ein Rezidiv entwickelt. In der Anamnese gab er keinerlei Schmerzen an. Seine Symptomatik war bestimmt von quälendem Juckreiz und Fremdkörpergefühl am After. Eine seröse Sekretion bestand lediglich in geringem Umfang. Für homosexuelle Veranlagungen ergab sich kein Anhalt. Neben Condylomata accuminata ergab die Untersuchung den Befund von Hämorrhoiden I - II Grades. Ansonsten war der Enddarm normal. Die Hämorrhoiden wurden in drei Sitzungen verödet, die Condylome in Narkose mit dem Diathermiemesser abgetragen.

IX MELANOSIS COLI

A Pathogenese

Die Melanosis coli bzw. recti ist das morphologische Substrat eines längeren Zeit bestehenden Laxantienabusus, besonders der anthrachinonhaltigen Präparate (4). Es handelt sich um eine tigerfellartige Pigmentierung der Schleimhaut durch Melanineinlagerungen (4).

B Kasuistik

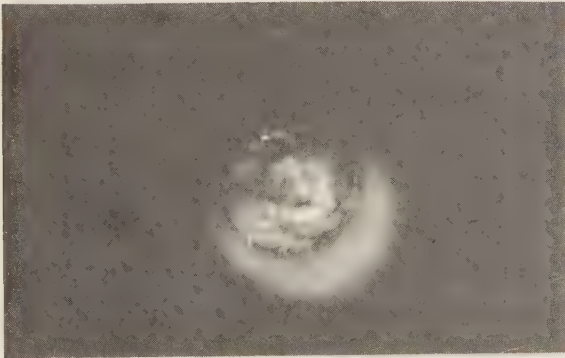


Photo 20 Melanosis coli nach mehrjährigem Laxantienabusus. Proktoskopiebefund

Da Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer, diene der Fall einer 31-jährigen Frau als Beispiel.

Die Patientin wurde vom Hausarzt in die proktologische Sprechstunde überwiesen, um "unklare Bauchbeschwerden" abzuklären. In der Anamnese gab sie an, seit 2 - 3 Jahren unter Verstopfung zu leiden. Ohne die regelmäßige Einnahme eines Laxans (Kräuterlax 2 Dragees pro die) hätte sie nie spontan Stuhlgang. Bei der Untersuchung fanden sich geringe Hämorrhoiden I - II Grades, ansonsten war der Darm bis 26 cm ohne krankhaften Befund. Die weiteren Untersuchungen zur Klärung der Obstipation - Kolonkontrasteinlauf, Magen-Darm-Passage waren sämtlich unauffällig. Eine körperliche Ursache ließ sich nicht eruieren. Nach Absetzen der Abführmittel und Umstellung auf schlackenreiche Kost sowie Weizenkleie (4 Eßlöffel täglich) trat eine deutliche Besserung der Stuhlregulation ein.

X PROCTOCOLITIS

A Mögliche Ursachen einer Proctocolitis

Der Proctocolitis können die verschiedensten Ursachen zugrunde liegen. Unspezifische bakterielle Infektionen, eine tuberkulöse Genese kommen laut COLIGHER (6) ebenso in Frage wie Bestrahlungsfolgen oder idiopathisches Auftreten.

B Idiopathische Form

1 Häufigkeiten

das männliche Geschlecht scheint im Durchschnitt etwas häufiger betroffen zu sein als das weibliche (16).

2 Symptome

Es können sowohl Obstipation als auch Diarrhoe auftreten. Ist nur ein kleines Gebiet entzündlich verändert, wird überwiegend eine Obstipation vorliegen. Sind dagegen weite Teile des Kolons und Rektums betroffen, resultiert mehrheitlich eine Diarrhoe (15, 16, 27). In ausgeprägten Fällen sind Anämie und Fieber möglich (16).

3 Diagnose

Die Diagnose wird gestellt durch Prokto- respektive Rektoskopie. Die Endoskopie bietet das Bild der hyperämischen vulnerablen Schleimhaut mit dem typischen samtartigen Aussehen (19). Unter Umständen sind Ulcera erkennbar. Im Rektum ist dieser Befund jedoch eher selten (6, 16, 27).

4 Therapie

Im akuten Stadium wurden durch die Anwendung von Cortison und Azulfidine gute Erfolge erzielt (6). Beim chronischen Verlauf kann eine chirurgische Behandlung angezeigt sein (16).

C Kasuistik

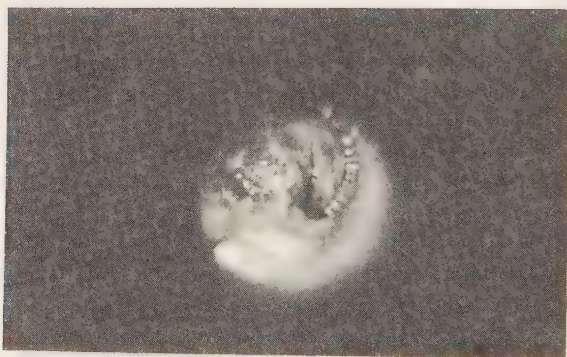


Photo 21 Floride Proktitis ohne Ulcera. Proktoskopiebefund

Aus der Anamnese dieser 53 Jahre alten Patientin ging hervor, daß seit gut einer Woche eine schleimige Sekretion des Enddarms bestand. Sie klagte über falschen Stuhldrang und ein nicht näher bestimmbares Druckgefühl im Rektum. Blutungen waren ebenfalls aufgetreten. Die Proktoskopie enthüllte bei ihr eine leicht vulnerable feuchte Schleimhaut mit vermehrter Gefäßzeichnung und leichtem Ödem. Im Röntgenbild erschien das Rektum etwas dilatiert. Die Therapie mit Corticosteroiden und Azulfidine führte innerhalb von 6 Wochen zur Beschwerdefreiheit.

XI PROLAPS

A Pathogenese

Es lassen sich verschiedene Arten eines Prolapses unterscheiden:

- 1 der Prolaps des Rektums
- 2 der Prolaps der Analschleimhaut (Mukosaprolaps)
- 3 die Ektropie von Rektumschleimhaut

ad 1 Unter einem Rektumprolaps versteht man eine Invagination des Rektums in Kombination mit einer Hernie, die anterior in der Tiefe der peritonealen Umschlagsfalte entsteht. Anfangs tritt der Prolaps lediglich an der Rektumvorderwand in Erscheinung, bei Fortschreiten der Erkrankung prolapiert das gesamte invaginierte Rektum (SCHWEIGER). Es sind demnach alle Wandschichten beteiligt.

ad 2 Ein Mukosaprolaps stellt sich demgegenüber als Vorfall der Analschleimhaut dar, wobei lediglich Mukosa und Submukosa beteiligt sind. Er tritt oftmals im Gefolge ausgeprägter Hämorrhoiden auf (27).

ad 3 Nach zirkulärer Exzision großer Hämorrhoiden mit Entfernung der gesamten Analschleimhaut (WHITEHEAD'sche Operation) kann es zu einer Ektropie der Rektumschleimhaut kommen, die sich als Muskosaprolaps im weiteren Sinne auffassen läßt (SCHWEIGER).

B Diagnose

Ein Prolaps läßt sich am sichersten unmittelbar post defaecationem oder bei der Untersuchung in Defäkationshaltung nach Aufforderung zum Pressen diagnostizieren. Zur Unterscheidung Mukosa- oder Rektumprolaps ist das Faltenrelief wichtigstes Kriterium. Während es beim Mukosaprolaps radiär verläuft, weist es beim Rektumprolaps eine zirkuläre Struktur auf (27).

Die Palpation ergibt beim Rektumprolaps meist einen deutlichen Sphinkterhypotonus (14); beim Mukosaprolaps ist eventuell ein gesteigerter Tonus festzustellen (14).

C Häufigkeit der Symptome

Die Prolapssymptomatik ist nicht allein durch den Vorfall bestimmt, sondern auch durch meist vorhandene Kontinenzstörungen (27). Frauen sind vom Rektumprolaps etwa fünfmal häufiger betroffen als Männer (31). Das

Manifestationsalter liegt beim Mann überwiegend vor dem 40. Lebensjahr, bei der Frau danach (6, 31).

D Therapie

Die Therapie der Wahl beim Rektumprolaps ist die transabdominelle Rektopexie, das heißt die Anheftung des mobilisierten und nach kranial gezogenen Rektums an der präsakralen Faszie.

Beim Mukosaprolaps empfiehlt sich die partielle Mukosektomie nach MILLIGAN-MORGAN (27).

E Kasuistik

1 Vorderwandprolaps



Photo 22 Vorderwandprolaps bei einer 57-jährigen Patientin. Proktoskopiebefund

Eine 57-jährige Patientin klagte über Juckreiz und schleimige Absonderung am After, paradoxe Diarrhoen sowie intermittierende Blutungen. Die Beschwerden bestanden seit mehreren Jahren, waren in den vergangenen 2 - 3 Monaten jedoch stärker geworden. Bei der Untersuchung war ein chronisches perianales Ekzem, Hämorrhoiden II Grades und ein Vorderwandprolaps festzustellen. Die Hämorrhoiden sowie der Prolaps wurden durch Sklerosierung behandelt. Nach drei Sitzungen konnte die Behandlung beendet werden.

2 Rektumprolaps

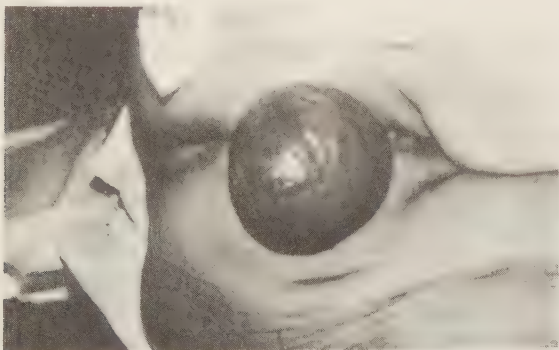


Photo 23 Rektumprolaps nach Aufforderung zum Pressen

Es handelt sich um den Fall einer 77 Jahre alten Patientin

tin, die wegen ihres Rektumprolapses bereits im Jahre 1962 operiert worden war. Sie gab an, daß der Darm beim bloßen Laufen vorfalle und sie ihn manuell reponieren müsse. Sie leide seit nunmehr einem Jahr erneut unter Inkontinenz für Faeces und Winde. Es bestehe eine teils schleimige, teils seröse Sekretion. Blutungen träten in unregelmäßigen Abständen auf. Die Inspektion erbrachte den Befund eines chronischen perianalen Ekzems. Bei der Palpation war ein auffallender Sphinkterhypotonus festzustellen. Nach Aufforderung zu pressen, trat ein Rektumprolaps beträchtlichen Ausmasses zu Tage. Außer eines Ulkus simplex, bedingt durch den Rektumprolaps, konnten keine weiteren proktologischen Befunde erhoben werden. Der Patientin wurde die transabdominelle Rektopexie empfohlen, die sie jedoch ablehnte.

3 Ulcus simplex recti



Photo 24 Ulcus simplex recti bei der gleichen Patientin. Proktoskopiebefund

4 Mukosaprolaps

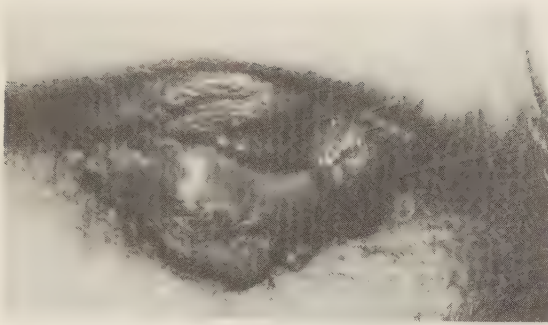


Photo 25 Mukosaprolaps, hervorgerufen durch
prolabierte Hämorrhoiden III Grades
(nach Aufforderung zum Pressen)

Ein 52 Jahre alter Patient gab als Beschwerden eine schleimige Sekretion, ein Druckgefühl im Enddarm und hellrote Blutungen beim Stuhlgang an. Bei der Defäkation wären wiederholt seine Hämorrhoiden nach außen getreten. Beim Husten, Niesen etc. wäre er inkontinent für Faeces. Durch die Inspektion ließ sich ein perianales Ekzem, durch die Palpation ein Sphinkterhypotonus feststellen. Nach Aufforderung zum Pressen wurden Hämorrhoiden III Grades und ein Mukosaprolaps sichtbar. Die weitere Untersuchung ergab keine krankhaften Befunde. Bei dem Patienten wurde eine Hämorrhoidektomie vorgenommen. Er ist seitdem beschwerdefrei.

5 Schleimhautektropie

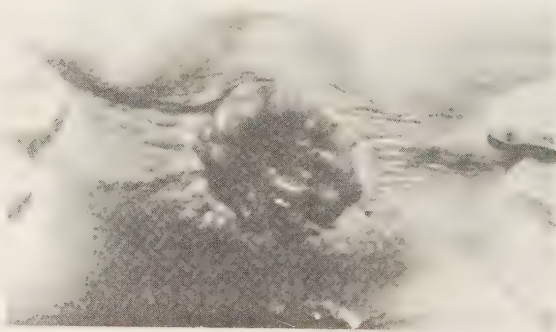


Photo 26 Schleimhautektropie nach WHITEHEAD'scher
Operation

Eine 38-jährige Patientin gab in der Anamnese perianales Nässen, Juckreiz, intermittierende Blutungen und Schmerzen beim Stuhlgang an. Vor 15 Jahren war bei ihr zweimal eine WHITEHEAD'sche Operation durchgeführt worden. Bei der Untersuchung konnte bereits durch die Inspektion eine Schleimhautektropie mit radiärem Faltenrelief festgestellt werden. Alle weiteren proktologischen Untersuchungen erbrachten keinen zusätzlichen krankhaften Befund. Zur Behandlung der Schleimhautektropie wurde nach stationärer Einbestellung der Patientin eine Eckplastik durchgeführt. Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Die Patientin ist seither beschwerdefrei.

MALIGNOME DES ANALGEBIETES UND DES REKTUMS

I ANALKARZINOM

A Allgemeines

Karzinome des Analbereiches gehen im wesentlichen immer von der gleichen Region aus: von der Übergangszone des Zylinderepithels der Rektumschleimhaut in das Plattenepithel der perianalen Haut (9). Die entwicklungsge-schichtlich bedingte epitheliale Vielfalt zusammen mit der epithelialen Instabilität dieses Gebietes bedingen die besondere Gefährdung dieser Region (19).

B Einteilung der Analkarzinome

Es lassen sich 5 Typen maligner epithelialer Geschwülste unterscheiden (6):

das in den Analkanal deszendierende Adenokarzinom des Rektums

das Plattenepithelkarzinom

das Basalzellkarzinom

das maligne Melanom

das primäre Adenokarzinom des Analkanals

Das Plattenepithelkarzinom ist aufgrund seiner Häufigkeit hierbei am bedeutsamsten.

C Klinik des Plattenepithelkarzinoms

Im Vergleich zum Rektumkarzinom ist das anale Plattenepithelkarzinom eine seltene Geschwulst. Die Angaben variieren von 1 - 6 % der Häufigkeit des Rektumkarzinoms (6). Es handelt sich um eine Erkrankung bevorzugt des höheren Lebensalters (19). Im Vordergrund der Symptomatik stehen Schmerzen, insbesondere bei der Defäkation, und Blutungen (19). Diese Symptome treten relativ früh in Erscheinung. Gewichtsverlust, Inkontinenz etc. können hinzukommen (19).

Die Diagnose vermag speziell im Anfangsstadium Schwierigkeiten zu bereiten. Laut BLINKLEY (2) werden 25 % der Analkarzinome fälschlicherweise diagnostiziert als: Analfissuren, falls ein mehr ulzerierendes Wachstum vorliegt

prolabierte Hämorrhoiden, Condylome oder Marisquen bei mehr exophytischem Wachstum.

SPIESMANN (27) empfiehlt, zur Sicherung der klinischen Diagnose, immer eine Biopsie zu entnehmen.

Als Therapie der Wahl gilt die Rektumamputation.

D Kasuistik

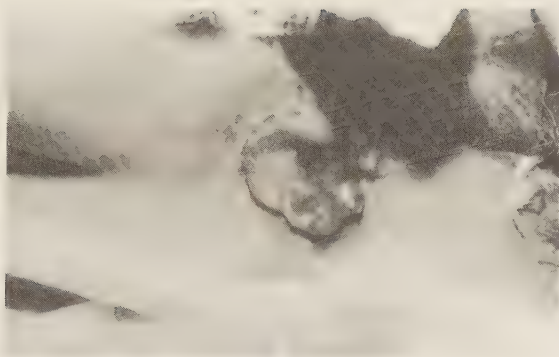


Photo 27 exophytisch wachsendes Analkarzinom

Eine 87 Jahre alte Patientin hatte seit etwas mehr als einem halben Jahr ein unangenehmes Fremdkörpergefühl am After. Ihre "Hämorrhoiden" waren in den vergangenen Wochen und Monaten ständig größer geworden, wie sie es ausdrückte. Sie klagte über Nässen und Juckreiz im analen Gebiet sowie Blutungen beim Stuhlgang. In den letzten zwei Monaten hatte die Patientin 4 kg an Gewicht verloren. Bei der Inspektion ließ sich ein stellenweise exulzerierter Tumor feststellen, der aufgrund der histologischen Untersuchungen einer entnommenen Biopsie als Plattenepithelkarzinom diagnostiziert werden konnte. Die weiteren proktologi-

schen Untersuchungen ergaben außer Hämorrhoiden II - III Grades keine krankhaften Veränderungen. In Anbetracht des hohen Alters und der relativen Beschwerdearmut der Patientin wurde von einer radikalen chirurgischen Therapie des Karzinoms Abstand genommen. Die Hämorrhoiden wurden in drei Sitzungen sklerosiert.

II REKTUMKARZINOM

A Allgemeines

COLIGHER rechnet zu den Rektumkarzinomen alle jene Karzinome, welche im Kolon distal einer Höhe von 15 cm - gemessen vom Analrand aus - lokalisiert sind (6). Unterteilt man jene Abschnitte in drei Etagen, so findet sich in jeder ca 30 % der Rektumkarzinome. Als Konsequenz ergibt sich, daß etwa 60 - 75 % der Rektumkarzinome digital tastbar sind (6, 25). Histologisch handelt es sich überwiegend um Adenokarzinome.

B Klinik

1 Symptome

Das Rektumkarzinom vermag sowohl symptomarm zu verlaufen, als auch ein eindringliches Beschwerdebild hervorzurufen (8). Die frühen Zeichen sind sehr diskret und uncharakteristisch, was vielfach zu Fehldiagnosen Anlaß gibt (19). Ein wichtiger Hinweis auf das Vorliegen eines Rektumkarzinoms ist eine Veränderung der Stuhlgewohnheiten, die länger als 14 Tage persistiert (6). Weiter besteht ein dringender Verdacht bei der Angabe von Blutungen besonders dunkler Farbe mit

Schleimbeimengungen. Dieses Symptom tritt häufig an erster Stelle auf (6). Morgendliche Diarrhoe, Tenesmen, Gewichtsverlust, Anämie etc. folgen überwiegend erst nach einiger Zeit (6). Schmerz ist kein Charakteristikum des Rektumkarzinoms (6).

2 Diagnose

Die Diagnose eines Rektumkarzinoms ergibt sich aus der proktologischen Untersuchung. Bei der Palpation weisen alle Rektumkarzinome 2 Charakteristika auf (6): die Induration
den Randwall

Was die Verschieblichkeit betrifft, so können Frühkarzinome eine erstaunliche Beweglichkeit besitzen (6). Gesichert wird ein eventueller Befund durch Prokto- bzw. Rektoskopie und Probeexzision (6, 28). Differentialdiagnostisch sind vom Aspekt her insbesondere Hämorrhoiden, polypöse Veränderungen, Ulcera anderer Genese wie Morbus Crohn oder Proktitis von Interesse (6, 28). Die Differenzierung entzündlich oder karzinomatös bedingter Stenosen ist oft nur histologisch möglich (22). Bezüglich der Symptomatologie müssen hinsichtlich der Blutungen (bes. Melaena) Erkrankungen höherer Darmabschnitte ausgeschlossen werden (10). Diarrhoen können auch durch

Entzündungen des Darmes, Parasitosen oder endokrin bedingt sein (10). Bei der Obstipation gibt deren akutes Auftreten den Hinweis auf ein mechanisches Hindernis wie Fremdkörper oder Karzinom (10).

C Kasuistik

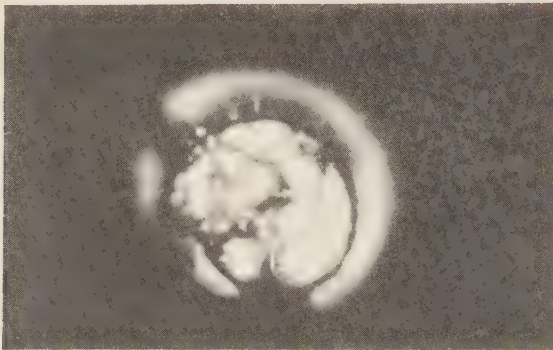


Photo 28 Rektumkarzinom in 5 - 7 cm Höhe, stellenweise exulzeriert. Proktoskopiebefund

Eine 64-jährige Patientin suchte die proktologische Sprechstunde auf, weil sie das Gefühl hatte, ihr Darm sei seit einigen Wochen nicht mehr in Ordnung. Bisher, so gab sie an, hätte sie mehr zu Verstopfung geneigt, nun aber hätte sie morgens sogar öfter Durchfälle. Obstipation und Diarrhoe träten im Wechsel auf. Seit

drei Monaten bemerkte die Patientin immer wieder dem Stuhl beigemengtes Blut. Nachdem seit Jahren ein Hämorrhoidalleiden bekannt war, führte sie die Blutungen darauf zurück. In den vergangenen drei bis vier Wochen war auch Schleim dabei gewesen. Sie hatte innerhalb der letzten 5 Wochen 2 kg an Gewicht verloren.

Die proktologische Untersuchung war hinsichtlich der Inspektion unauffällig. Bei der Palpation ließ sich ein indurierter, nicht verschieblicher Prozeß tasten. Er war durch die Proktoskopie als exulzerierter Tumor in 5 - 7 cm Höhe darstellbar. Es wurde eine Biopsie daraus entnommen. Die histologische Untersuchung erbrachte den Befund eines Rektumkarzinoms vom anaplastischen Typ.

Die Patientin wurde zur abdomino-perinealen Rektumamputation stationär aufgenommen. Bei der Operation entfernte man ein 45 cm langes Stück Rektum und Sigma. Es zeigte sich, daß das Karzinom bei einem Größendurchmesser von 7 cm bis 4,5 cm an die Haut-Schleimhautgrenze heranreichte. Tumornahe und tumorferne Lymphknoten waren neoplastisch durchsetzt. Es lag ein Rektumkarzinom vom Typ Dukes C II vor.

Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Da aufgrund des histologischen Befundes eine radikale Operation unmöglich war, wurde eine zytostatische Nachbehandlung durchgeführt.

ZUSAMMENFASSUNG

An Hand des Patientengutes der proktologischen Ambulanz der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen wurden typische proktologische Erkrankungen untersucht.

- 1 Von 1550 untersuchten Patienten des ersten Halbjahres 1976 litten 40 % unter Hämorrhoiden, 11 % unter Fissuren, 12 % unter Fisteln. Bei jedem dritten Patienten war ein perianales Ekzem festzustellen.
- 2 Die Betrachtung des Patientengutes des IV. Quartals 1974, das über 2 Jahre verfolgt wurde, führte zu folgenden Ergebnissen:
 - a Bei 96 Hämorrhoidenpatienten war mit zunehmender Ausbildung der Hämorrhoiden eine abnehmende Blutungsneigung festzustellen.
 - b Die perianale Thrombose, die in unserem Patientengut nur im Zusammenhang mit Hämorrhoiden beobachtet werden konnte, war mit 9 % eine wichtige Komplikation dieses Krankheitsbildes.
 - c Fissuren traten als Komplikation des Hämorrhoidalleidens in 30 % der Fälle, als Komplikation des Fistelleidens in 27 % der Fälle auf. Bei 60 % der 65 Fissurpatienten waren zusätzlich Hämorrhoiden zu diagnostizieren.

d Bei den 60 Fistelpatienten überwog ebenso wie bei den Hämorrhoiden, aber im Gegensatz zur Fissur, das männliche Geschlecht.

- 3 Weitere typische proktologische Erkrankungen wie Sinus pilonidales, Condylomata accuminata, Melanosis recti, Proktitis und Prolapserkrankungen wurden als benigne Erkrankungen an Hand von typischen Fällen dem Anal- und Rektumkarzinom gegenübergestellt.

LITERATURANGABEN

- 1 BACON, H. E., S. T. ROSS
Proctology
J. B. Lippincott Comp. Philadelphia/Montreal (1956)
- 2 BLINKLEY, G. E., O. H. BEAHR, J. R. HILL
Epidermoid Carcinoma of the Anus and Rectum
Amer J. Surg. 79, 90
- 3 BLOND, K., H. HOFF
Das Hämorrhoidalleiden
Deuticke Leipzig-Wien (1936)
- 4 BOCKUS, H. L., J. H. WILLARD, J. BANK
Melanosis coli, the etiologic significance of
the anthracene laxatives, a report of 41 cases
J. Amer. med. Ass. 101, 1 561 (1953)
- 5 BREARLY, R.
Pilonidal sinus, a new theory of origin
Brit. J. Surg. 43, 62

- 6 COLIGHER, J. C.
Surgery of the anus, rectum and colon
3. Ed. Baillière Tindall London (1975)
- 7 EISENHAMMER, S.
The internal anal sphincter: its surgical
importance
S. Afr. Med. J. 27, 266 (1953)
- 8 GAGE, M.
Pilonidal sinus: an explanation of its
embryologic development
Arch Surg. (Chicago) 31, 175
- 9 HARRISON, E. G.
Anal und perianal malignant neoplasms,
pathology und treatment
Dis colon rect. 9, 255
- 10 HEGGLIN, R., W. SIEGENTHALER
Differentialdiagnose innerer Krankheiten
G. Thieme Verlag Stuttgart (1975)

- 11 HUGHES, E. S. R., A. M. CUTHBERTSON
Anorectal surgery
Chapman and Hall Ltd. London
- 12 JAWETZ, E., J. L. MELNICK, E. A. ADELBURG
Medizinische Mikrobiologie
Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York (1973)
- 13 KEMPF, P., H. BRÜNNER
Zur Chirurgie des Kolon- und Rektumkarzinoms
Leber Magen Darm 7, 2 118 (1977)
- 14 KÜGLER, S.
Praktische Proktologie
Thieme Verlag Stuttgart (1976)
- 15 LENNARD-JONES, L. E., G. W. COOPER, A. C. NEWILL,
C. W. E. WILSON
Observations in idiopathic proctitis
GUT 3, 201 (1962)

- 16 LENNARD-JONES, L. E., H. E. LOCKHARDT-MUMMERY
Proctocolitis
zitiert aus:
Diseases of the colon, rectum and
anus
William Heinemann Medical Books Ltd. London (1969)
- 17 LOCKWOOD, R. A.
Übersetzung: P. D. Dr. H. J. BETZLER
Anorektale Erkrankungen
Schattauer Verlag Stuttgart (1965)
- 18 MILES, W. E.
Rectal surgery
Casell and Comp. London (1944)
- 19 MORSON, B. C.
Diseases of the colon, rectum and anus
William Heinemann Medical Books London (1969)
- 20 NESSELROD, J.
Clinical proctology
Saunders Philadelphia/London (1957)

- 21 NETTER, F. H.
The Ciba Collection of Medical Illustrations
Vol 3 Digestive System Part II Lower dig.
tractetd by Ernst Oppenheimer (1973)
- 22 OTTO, P., K. EWE
Atlas der Rektoskopie und Coloskopie
Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York (1976)
- 23 PARKS, A. G.
The Classification of Fistula in Ano
in: Progress in Proctology
HOFERICHTER, Ed. J.
Springer Verlag, Berlin-Heidelberg-New York (1969)
- 24 PATEY, D. H., R. W. SCARFF
Pathology of postanal pilonidal sinus; its
bearing on treatment.
Lancet 2, 484
- 25 REIFFERSCHIEDT, M.
Chirurgie
Thieme Verlag Stuttgart (1974)
- 26 ROSCHKE, W.
Die proktologische Sprechstunde
Urban und Schwarzenberg München-Berlin-Wien (1976)

- 27 SPIESMANN, H., F. HALTER
Erkrankungen von Rektum und Analkanal
Verlag Hans Huber Bern-Stuttgart-Wien (1970)
- 28 STELZNER, F.
Die anorektalen Fisteln
Springer Verlag Berlin-Heidelberg-New York (1976)
- 29 SWERDLOW, D. B., E. P. SALVATI
Condylomata accuminata
Dis. Colon Rect. 14, 226
- 30 TÖNDURY, G.
Angewandte und topographische Anatomie
Thieme Verlag Stuttgart, 4. Aufl. (1970)
- 31 TURELL, R.
Diseases of the colon and anorectum Vol II
Saunders Comp. Philadelphia/London (1969)

Herrn Professor Dr. med. G. Hegemann danke
ich, daß er meine Dissertation an der
Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen
ermöglicht hat.

Herrn Oberarzt Priv. Doz. Dr. med. W. Schellerer
schulde ich Dank für die Überlassung des Themas.

Für die hilfreiche Unterstützung und die wert-
vollen Ratschläge fühle ich mich Herrn Dr. med.
M. Schweiger verpflichtet.

LEBENS LAUF

Name: Ilse Kerschensteiner

geboren: 19. Juli 1953 in Nürnberg

Eltern Josef Kerschensteiner
Maria Kerschensteiner, geb. Albrecht

Ausbildung: 1959 - 1964 Grundschule
1964 - 1973 Gymnasium
Juni 1973 Abitur
Oktober 1973 Beginn des Medizinstudiums
an der Universität Erlangen
August 1975 Physikum
August 1976 Erster Teil der Ärztlichen Prüfung
März 1979 Zweiter Teil der Ärztlichen Prüfung
April 1980 Dritter Teil der Ärztlichen Prüfung

